

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA, brasileira, solteira, professora, RG 571.538 SSP/PI e CPF/MF sob o nº 005.051.393-16, residente e domiciliado na Rua João Batista Pinto, nº 1440, bairro Promoar, Luzilândia/PI.

OUTORGADO:

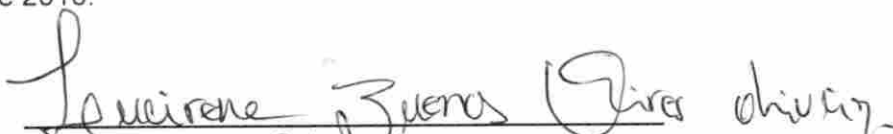
DAVID ARISON DA ROCHA BEZERRA CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº de ordem 17.939, **DENIS ANDERSON DA ROCHA BEZERRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº de ordem 19.541, e **CÍCERO CORDEIRO FURTUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº. 22.014;

PELO PRESENTE INSTRUMENTO, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, dando-lhe os PODERES decorrentes da cláusula *ad iudicia et extra*, assim como os necessários ao foro em geral, podendo os outorgados defender os interesses do outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como em quaisquer repartições públicas estaduais, federais ou municipais, bancos, seguradoras, notadamente para requerer o prêmio correspondente ao SEGURO DPVAT, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso**, fazer requerimentos, prestar declaração, interpor recursos, em juízo ou fora dele, enfim, podendo tudo fazer, praticar e requerer para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, assim como substabelecer.

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

Avenida Santos Dumont, 3131, sala 1003, Aldeota – Torre Del Paseo, CEP.: 60.150-162, Fortaleza/Ceará.

Teresina, 13 de julho de 2010.

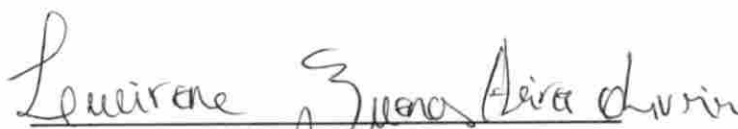

Outorgante

DECLARAÇÃO

LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA, brasileira, solteira, professora, RG 571.538 SSP/PI e CPF/MF sob o nº 005.051.393-16, residente e domiciliado na Rua João Batista Pinto, nº 1440, bairro Promoar, Luzilândia/PI.

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Teresina, 13 de julho de 2010.


DECLARANTE

**DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL**
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA TRANSITO Nº. 066/2008**

DTC

Certifico, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Transito nº. 01/2005 - DPL, na folha de nº. 56v, a ocorrência de nº. 063/2008, com o seguinte teor:

1. NATUREZA: Queda de Moto.
2. LOCAL: Avenida João Batista Pinto, próximo ao Colégio João de Assis, nesta cidade
3. DATA DA OCORRÊNCIA: 28/06/2006 Horário: 08h 00 min
4. DATA DO REGISTRO DA OCORRENCIA: 06/06/2008 Horário: 11h.00min
5. VITIMA: LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA – RG. Nº. 2.027.835 SSP/PI. CPF 520.822.613-87, brasileira, piauiense, maior, casada, professora, filha de Maria Helena Buenos Aires Oliveira e de Jose Adão de Oliveira, residente na Avenida João batista Pinto nº.1440, bairro Promorar, nesta cidade.
6. HISTÓRICO: A vitima compareceu nesta DP, para comunicar que no local, data e horário acima mencionado, pilotava uma MOTO HONDA/NXR 125 BROS KS, ANO 2005, VERMELHA, PLACA LVU-0416/PI, CHASSI Nº. 9C2JD20105R014991, licenciada em nome de Antonia Silvana F. Sales. Diz a vitima que no local ao desviar de um pedestre a moto desgovernou-se, vindo a mesma a sofreu uma queda que desta queda sofreu Lesão Corporal em Partes do Corpo; QUE a vitima deu entrada no Hospital Estadual Gerson Castelo Branco desta cidade, onde foi prontamente atendida. Faz este Registro a fim de produzir seus efeitos legais. Nada mais.

Q referido é verdade e dou fé

DELEGACIA DE POLÍCIA, em Luzilândia - PI. 06 de junho de 2008

Francisco de Assis Araújo Lopes - SGT
ESCRIVÃO AD-HOC
- RAT 072243-21

CGC 12.174.223/0001-54 RUA 7 DE SETEMBRO S/N CEP. 64.160-000

TELEFONE: (086) 393-1372

BOLETIM DE ADMISSÃO N.º 2442 LEITO AP 21

Nome Bucijete Bueno Aires Oliveira

Est. Civil casada Sexo F Cor M D.N. 20/5/74 Profissão _____

ENDEREÇO RESIDÊNCIA

Rua Al. Cesario marinho N.º _____ Fone: _____

Cidade Buzilândia Bairro _____ Mun. Buz Est. Pi

End. de hospedagem em _____ Bairro _____

Instituto _____ Matrícula _____ GIH _____

S.P.C.C. _____ Clínica Médico Médico Dr. Saboria

Admissão 28/6/6 Horas 8:30h Alto 3 10/7/06 Horas 8h

Duração: Dias Hospitalização _____ Ass. do Funcionário _____

RESPONSÁVEL (COM ENDEREÇO LOCAL)

Nome _____ Parentesco _____

Rua _____ N.º _____ Fone: _____

RELATÓRIO DE ADMISSÃO

Diagnóstico provável POLIEMIOMIOMIO

Histórico Clínico - Sintomas e Sinais Principais _____

Prontuário + exame
exame Metabolico e perfil renal
exame e teste de fona o
longo.

Saboria
Médico

18

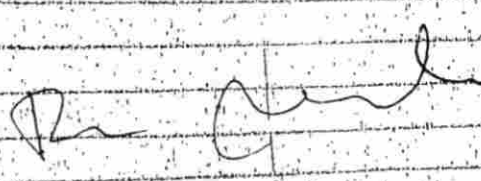
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MUNICÍPIO: LUZILÂNDIA - PI
HOSPITAL: SANTA CASA DE SAÚDE

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE		Nº	
Suzerene Buenos Aires Oliveira		2.442	
SEXO	DATA DO NASCIMENTO	NOME DA MÃE	
F	20/01/74	M ^{te} Helena Buenos Aires Oliveira	
NOME DO PAI		RESPONSÁVEL	
José Adão de Oliveira		JOSÉ CARMEIRO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
Luzilândia		Luzilândia	
RESIDÊNCIA	TEMPO DE ALTA	DATA DA ALTA	DATA DA ADMISSÃO
		03.07.06	28.06.06

RESUMO DA ALTA

DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO
POLIPLUMBO	POLIPLUMBO
ANAMNESE	
	
EXAME FÍSICO	
EXAMES COMPLEMENTARES	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA

19
[Handwritten signature]

**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**

PREZADO(A) SENHOR(A)

INFORMAMOS QUE ESTAMOS DISPONIBILIZANDO O PAGAMENTO DA
INDENIZACAO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT NO VALOR DE RS
*****1.350,00 CUJOS DADOS DISCRIMINAMOS A SEGUIR:

SINISTRO N. - 2008/213839-01
VITIMA - LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA
FAVORECIDO /
BENEFICIARIO - LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA
GARANTIA - INVALIDEZ
PROCURADOR -
SEGURADORA - MBM SEGURADORA S.A.

O VALOR ACIMA MENCIONADO ESTARA DISPONIVEL EM QUALQUER
AGENCIA DO BANCO DO BRASIL DO SEU ESTADO, A PARTIR DE
28/08/2008, POR 60(SESSENTA) DIAS, SENDO OBRIGATORIA A
APRESENTACAO DO CPF, ACOMPANHADO DE UM DOCUMENTO DE
IDENTIDADE (RG, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTEIRA NACIONAL
DE HABILITACAO, ETC.).

EM CASO DE DUVIDAS LIGAR PARA CENTRAL DE ATENDIMENTO
DPVAT, TEL. 0800.221204, DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS
8H AS 20H E AOS SABADOS DAS 9H AS 15H.

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

VISUALIZAR
PROCESSO

NELLE ROZE MARQUES | alterar senha | institucional | sair

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

Data Atualização: 29/08/2008 13:42

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro	2008/213839		
Vítima	LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	23/06/2008	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	28/06/2006	Data Recepção	23/06/2008
Analista	Evelin	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	MBM Previdência e Seguros	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	NELLE ROZE MARQUES	Responsável	
------	--------------------	-------------	--

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Núm Carta
24/06/2008	1029

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagamento	Data Rateio	Nome Beneficiário	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
28/08/2008	27/08/2008	LUCIRENE BUENOS AIRES OLIVEIRA	1.350,00	13.500,00	-12.150,00	

DOCUMENTOS

GLOSA OU RELATÓRIO

CARTA

RELATÓRIO MÉDICO**SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE**

VÍTIMA:

Luciana Pereira da Silva

DATA DO ACIDENTE:

*28.06.2006***1 - ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE :***T.C.E. com lesão na face***2 - RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VÍTIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO :***Tratamento cirúrgico***3 - A VÍTIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS ?** ☒ SIM - ☐ NÃOEM CASO POSITIVO, DESDE QUE DATA *28.06.2006***4 - A VÍTIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS ?** ☐ SIM (ANEXAR CÓPIA) - ☒ NÃO**5 - APÓS O TÉRMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA ?**☒ SIM - ☐ NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S) OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUANTIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS (%):

OBS: NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM:

Cefaleia constante com tonturas e espasmos musculares

DECLARO QUE EXAMINEI A VÍTIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SIGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DO GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGUROS EM VIGOR.

LOCAL

DE

DATA

DR(A):

ASSINATURA - CARIMBO CI CRM - ESPECIALIDADE

Dr. João Roberto de Almeida
CRM 010.010.010