

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE: IGOR NOGUEIRA DE QUEIROZ, brasileiro
solteiro, advogado, com CPF de Nº 032.728.753-52,
domiciliado a Rua Dom Carlos Duarte do Couto, S/Nº, Canavieiras-CE

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE nº 34.075, com endereço profissional na Rua Tenente José Newton, nº 186, Messejana, CEP 60.841-250, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento de mandato o outorgante acima qualificado, constitui e nomeia como seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com os poderes conferidos pela cláusula "ad judicia et extra", podendo, também, confessar, desistir, transigir, receber, dar quitação, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante, enfim, praticar todos os atos que sejam necessários ao bom desempenho do presente mandato, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza, 28 de abril de 2018.

Igor Nogueira de Queiroz
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sra(a) Isa Nogueira de Oliveira
Declara 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 TRAJANO PEREIRA DE LIMA** - OAB/CE 34.075 de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 04 de Julho 2018.

Isa Nogueira de Oliveira
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Igor Nazareno de Amorim
CPF: 932.728.763-52
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Psicólogo

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede 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 4 de Julho de 2016

Igor Nazareno de Amorim
DECLARANTE

Nº DO CLIENTE
5963511-8
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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coslice agora é **enel**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B.4 | Nº 451412370

Rota 37 20021 02 081450 - 0 Data de Emissão 25/10/2016

Nome MARIA ROZELI NUNES

End. Postal RU DOM CARLOS DUARTE DA COSTA 00000
AGUAS BELAS - CASCAVEL - 62850000

Medidor 1048260 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 054507413-40 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2016	24/11/2016	24/11/2016

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

Conjunto CASCAVEL

Mês Ago/2016

Padrão Individual Mensal Trim. Anual

Apuração Individual Mensal Trim. Anual

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

43,79 27,00% 11,82

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B43D.D015.265E.3997.E911.07E3.B007.4434

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2098	2037	1,00	61	0,00	61	0,71809	43,79

25/10/16 24/09/16 31 DIAS 61 43,79

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 43,79

MULTA MORATORIA REF 07/2016 0,87

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,67

VENCIMENTO 01/12/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,33

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,79
Transm. 55kV	0,46
Distribuição	0,20
Energias Potenciais	3,20
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	14,79
TOTAL	43,79

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MES	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep
Consumo (kWh)	62	61	49	52	62	53	76	50	91	46	81	78

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 26,36 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica(%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISO DE VENCIMENTO

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura R\$ 2,97 referente a PIS e COFINS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 525 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/02/2017 16:05:42**
Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2016 01:29:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **CAPONGA** Município: **CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ**
Nascimento: **20/12/1990** CPF: **032.728.753-52** UF:
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA MARILEUDA NOGUEIRA DOS SANTOS**
Endereço: **RUA DOM CARLOS DA COSTA** CEP:
Bairro: **AGUAS BELAS**
Município: **CASCAVEL/CE** Telefone: **(85) 99136-3071**
País: **BRASIL**

Nome: **MARIA ROZELI NUNES**
Nascimento: **17/02/1992** CPF: **054.507.413-40** UF:
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA NENEM NUNES**
Endereço: **RUA JARLES BARBOSA** CEP:
Bairro: **CAPONGA**
Município: **CASCAVEL/CE** Telefone: **(85) 99166-6327**
País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ**
Nascimento: **20/12/1990** CPF: **032.728.753-52** UF:
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA MARILEUDA NOGUEIRA DOS SANTOS**
Endereço: **RUA DOM CARLOS DA COSTA** CFP:
Bairro: **AGUAS BELAS**
Município: **CASCAVEL/CE** Telefone: **(85) 99136-3071**
País: **BRASIL**

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; QUE no dia e hora acima especificados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 fan ks, PLACA: OIK5249CE, REGISTRADO EM SEU NOME E NA GARUPA ESTAVA MARIA ROZELI NUNES; Que, a vítima estava no endereço supra quando colidiu em outra motocicleta; Que, caíram no solo e sofreram fraturas expostas o noticiante no pé esquerdo e mão esquerda e perdeu um dedo e quebrou a clavícula, a garupeira quebrou o braço esquerdo em três cantos e escoriações pelo corpo; Que, foram socorridos pelo Samu e o noticiante levado para o hospital local e após transferido para o hospital IJF,

DELEGACIA MUNICIPAL



Em testemunho _____ da verdade.

06 FEV. 2017

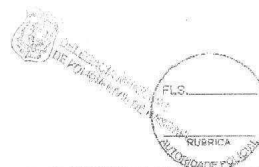
Valmir Facundo - 2º Tabelião
Valmir Facundo Filho - Substituto
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO

Pág. 1 de 2

Impressão em: 06/02/2017 16:12:01



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 525 / 2017

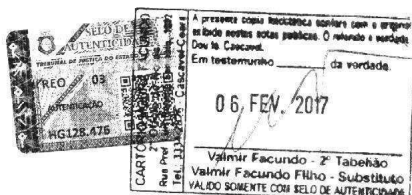
a garupeira foi direto para o hospital frotinha da messejana onde foram medicados, fizeram cirurgia e após liberados; QUE estão em anexo as cópias: RG DAS VITIMAS, COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA, GUIAS HOSPITALARES, DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO E DECLARAÇÃO DO SAMU; QUE, VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: [Assinatura]
Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: [Assinatura]

VISTO DO DELEGADO(A): [Assinatura]
MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**Registro de Atendimento
Emergencial**



Emitido em: 04/01/2017 15:31:46

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 30/10/2016 03:02:19	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704204275088587	NOME: IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ			Registro: 5475045	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/12/1990	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA MARILEUDA NOGUEIRA DOS SANTOS			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DE CASTRO SOUZA		Nº: SIN	BAIRRO: AGUAS BELAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICIPIO: CASCAVEL	UF: CE	CEP: 62850000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: usb 21 cond. alexandro		PARENTESCO: JOSE LUIS/CUNHADO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas					
QUEIXAS: fratura exposta na mão esquerda e pé esquerdo. Vítima estava usando capacete. nega síncope, queixa de dor.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Igor Nogueira de Oliveira
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5475045 Unidade: _____ Leito: 1509

RESUMO CLÍNICO:

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Acidente de moto em 28/10/16, com lesão lateral da TO, realizado
Osteomente de p/ de amputação de 4º AD eq. Em retorno a ambulatório
em 11/11/16: edema de mão + fratura múltipla de 3º e 5º metacarpo e
fratura proximal de 5º AD eq. sendo submetido a p/ correção

Diagnóstico Principal: Fratura múltipla de mão eq.

Diagnósticos Secundários: fratura de clavícula
fratura de MTD

Seqüelas Apresentadas:

04.01.2017

13846

Jorge Wilson de Melo Costa
SERVIDOR(A)

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: Osteomente de mão eq. Cirurgião: Dr. Breno
Tipo de anestesia/Sedação: bloqueio de MSE Data: 28/11/16
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde Instituto Dr. José Frota			
SOLICITAÇÃO DE EXAMES			
Nome: <u>Igo Nogueira de Sá</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? ☐ Sim ☒ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>Dor de clavícula</u>		<u>5475045</u>	
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐ Pé AP/OBL
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálculo
☐ PT/TA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinaesterase
☐	☐	☐	☐ Sumário de Urina
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
☐	☐	☐	☐ MSE
OUTROS EXAMES			
<u>De 10x PA e perfil</u>			



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ**, portador do RG Nº 2006005076323 e inscrito no CPF sob o Nº 032.728.753-52, no dia 30/10/2016, às 1h29min, no município de CASCAVEL – CE, no bairro Caponga. Paciente vítima de colisão moto com moto, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva *Ana Cristine Medeiros Silva*, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 16 de janeiro de 2017

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

P.C. SARAU
SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof:000193-TIUAO TAVARES MACHADO MEDICO CLINICO URGENCIA
ATENDIMENTO Nº:194790 EM: 30/10/2016 ÀS 02:06 CNS: CRM/CO:15976

Paciente: IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ Cod. Cliente:30744363
Data Nascimento: 20/12/1990 Idade: 25a 10m 10d Sexo:M Fone:85999623342
Endereço: RUA BOM SUCESSO
Município:CASCAVEL Naturalidade: CASCAVEL Bairro:AGUAS BELAS
Mãe:MARIA MARILEUDA NOGUEIRA DOS SANTOS
Pai:JOSE MARIA AGOSTINHO DE QUEIROZ

-----Último Atendimento-----
Cod. Proced.: 0000000000 Descrição:PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

-----Anotações Médicas-----
CONDUTA: Pde trauma pelo SNU: acidente moto-moto
Socorro pede o socorro (dentro da auto).
Faturar e exportar para o SUS e SUS.

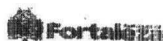
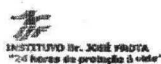
DIAGNOSTICO: 02.406) *Fratura do osso da mão e punho.*
Fratura do osso da mão e punho.
Fratura do osso da mão e punho.

-----ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS-----
PESO: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL: CARIMBO ASSINATURA
---PACIENTE--- Dr. Tiuaio Machado

Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.
HORA DO ATENDIMENTO: 02:06
Ass. Paciente ou Responsável: ZELOIS NUNO FILHO
Operador: C. ROLHA

SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU
CNPJ: 07.126.998/0008-29

João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE Nº 11866
OBS: Cópias Conferidas Original 03/11/17



RECEITUÁRIO

Nome: 160 Nogueira M de Almeida BE/Prontuário: _____

Suave:

⊗ depois do almoço

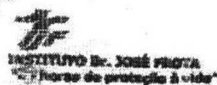
Data: 14/2/16

Dr. Gustavo Ribeiro Pinto
Médico de Família
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10876

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



RECEITUÁRIO

Nome:

BE/Prontuário:

Igo [signature]
Petec a crível
At em 11/11/16
às 1730.

[Signature]

Dr. Francisco das Chagas Leal
 CREMEC 1434 - MÉDICO PERITO
 BIRENSE - CURSO P/ ESMEC

PERQUINP.

Data: / /

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 006.003 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (148x210)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Igo Vinícius de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 07184670 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.728.753-52, residente e domiciliado na Rua Dom Carlos Ivo da Costa 41 - Alto Bela Cidade Cascavel, Estado Pernambuco, 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
- (X) 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.

Igo Vinícius de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

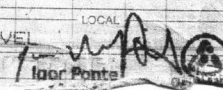
Cascavel 10/02/2017

Local e data

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 012260233084	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODD - RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00498364623	0000000000	2015
NOME			
160 NOGUEIRA DE QUEIROZ			

CASCAREL /CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
03272875352	DIK5249/CE		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
/CE	9C2JC4110DR772172		
ESPÉCIE TIPO	COMENSTIVO		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	BASCILINA		
HONDA/CG 125 FAN KS	2012		
CAF / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/OCV/124CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
*****	*/ */ *	1*****	
FADCA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
*****	*****	3*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	
		DATA DE PAGAMENTO	

OBSERVAÇÕES			

LOCAL	DATA		
CASCAREL	13/11/2015		
			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
CE Nº 012260233084		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	03272875352	DIK5249	2015
RENAVAM	MARCA / MODELO	DATA EMISSÃO	
00498364623	HONDA/CG 125 FAN KS	13/11/2015	
ANO FAB.	CALIBRE	Nº CHASSI	
2012	09	9C2JC4110DR772172	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
129,04	14,34	143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4,15	1,11	292,01	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		10/11/2015	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
MOTOR: JC41E1D772172		00476	

À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Eu, Igo Nogueira de Oliveira portador da
carteira de identidade nº 2006 00 5076322 e inscrito no CPF sob o nº
032.728.753-52

Residente e domiciliado na Rua Dom Carlos Duarte da Costa

Cidade: Cascavel Estado Ceará declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar: PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO, realizado no Hospital S.S.V. M. H. / GF Data de Entrada: 1/1/17

Data de Saída: 1/1/17

Localizado em: Cascavel / Fortaleza - Ceará

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

Por esse motivo vendo 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.

Concordando desde já, em me submeter a 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.

Igo Nogueira de Oliveira

Assinatura do Declarante

Cascavel 16/08/2017

Local e Data



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0144752-93.2018.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Acidente de Trânsito**
 Requerente: **Igo Nogueira de Queiroz**

R. H.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, **regularizando a representação com a juntada aos autos do competente subestabelecimento de poderes.**

No mesmo prazo deverá, ainda, **carrear aos autos os documentos de identificação civil do requerente (RG e CPF), bem como, documento comprovando a negativa da seguradora ao pedido de indenização feito administrativamente.**

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 23 de julho de 2018.

Adayde Monteiro Pimentel

Juíza de Direito

Assinado por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;** Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais.**

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br**. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau.**

Abrir a tela, colocar o **nº do processo** e o **código do documento**.



RIBEIRO, SOUZA & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE FORTALEZA - CE**

PROCESSO Nº 0144752-93.1018.8.06

IGOR NOGUEIRA DE QUEIROZ, já devidamente qualificados nos autos em epígrafe, vem, por intermédio de seus advogados que a esta subscreve, com o máximo respeito e acatamento, perante V. Exa., emendar a inicial para anexar aos autos o competente substabelecimento, atendendo o despacho proferido de fls 24.

Ocorre nobre julgador que de acordo com seu pedido de anexar o documento que comprove a negativa da seguradora ao pedido de indenização feito administrativamente, não está disponível no sistema da seguradora Líder (doc. anexo), sendo assim, não pode-se apresentar tal documento.

Diante do exposto requer a inversão do ônus da prova para que a requerida apresente o documento do processo administrativo, com o fito de dar prosseguimento a presente ação, bem como solicita neste momento a juntada do RG e CPF do Requerente.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Fortaleza-CE, 03 de Setembro de 2018.

GUSTAVO RIBEIRO PINTO OAB/CE 25.594

IGOR SÁVIO C. PINHEIRO DA SILVA OAB/CE 23.977



RIBEIRO, SOUZA & PINHEIRO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Jose Nogueira de Queiroz

ASSINADO DIGITALMENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006005076323 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/2017

NOME IGO NOGUEIRA DE QUEIROZ

FILIAÇÃO JOSÉ MARIA AGOSTINHO DE QUEIROZ

MARIA MARILEUDA NOGUEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE CASCABEL - CE

DATA DE NASCIMENTO 20/12/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1733 FOLHA: 435V LIVRO: A-ESP CASCABEL - CE

CPF 032.728.753-52

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

P.: 8

SUBSTABELECIMENTO

Dr. DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB-CE nº 34.074, com endereço profissional na Rua Tenente José Newton, nº 186, Messejana, CEP 60841-250, Fortaleza-CE, SUBSTABELECE, SEM RESERVA DE PODERES, na pessoa dos advogados Dr. IGOR SÁVIO C. PINHEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº23.977, Dr. GUSTAVO RIBEIRO PINTO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº25.594, ambos com escritório profissional situado à Rua 24 de maio, 1009, sala 214, Centro, Fortaleza-CE, através de Instrumento Particular de mandato nos autos desta demanda.

Fortaleza-CE, 21 de agosto de 2018.

DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA

OAB/CE 34.074