

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: JERRY ADEIANO DUTRA DE SOUZA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: VIVO	Profissão: Desempregado	Carteira de Identidade: 93002441624	
CPF nº: 514.728.083-04	Residência: R. MANOEL GALDINO, 4834, 201, CS 6		
Bairro: BOM JARDIM	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60540-120

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

FORTALEZA (CE), 25 de Junho de 2018.

x Jerry Adeiano Dutra de Souza
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Jenny Adriano Dutra de Souza,
brasileiro(a), Minero, desempregado, portador da Carteira de Identidade/RG nº
96002123686, e inscrito no CPF/MF sob o nº 614728083-04, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza - CE, estado do Ceará, na Rua
Francisco Sá, nº 60671, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de junho de 2.018.

x Jenny Adriano Dutra de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5845 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/11/2017 11:22:07**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2017 11:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BEZERRA DE MENEZES**
 Complemento:
 Bairro: **SAO GERARDO** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NORTH SHOPPING**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA**
 Nascimento: **17/11/1979** CPF: **614.728.083-04**
 CNH: **04297222980** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **ISA DUTRA DE SOUZA**
JOÃO CALIXTO DE SOUZA
 Endereço: **RUA MANOEL GALDINO, 4834 CASA G**
 Bairro: **BOM JARDIM**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98621-8959**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HXA5346 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08505R828330 Renavam: **861404343** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
 Fabricação: **2005** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AMARELO Proprietário: **RAIMUNDO NIVALDO DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORARIO E DATA ACIMA MENCIONADOS ESTAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN DE PLACA HXA-5346, MAIS PRECISAMENTE NO POSTO BR SITUADO EM FRENTE AO NORTH SHOPPING, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA AO FAZER UMA CONVERSÃO BRUSCA; QUE CAIU DA MOTOCICLETA E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL FROTEINHA DO ANTONIO BEZERRA ONDE RECEBEU ATENDIMENTO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. E NADA MAIS DISSE////

OBS:A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ARTIGO 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIRA DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MÁRIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Jerry Adriano Dutra de Souza**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/11/2017 11:41:42



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atto declaratório

NOME DO PACIENTE
JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA

DADOS PESSOAIS

CASSUS

NOME MÃE
ISA DUTRA DE SOUZA

NASCIMENTO
17/11/1979(37 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
143959

Nº DO BE
175584

ENDERECO
PROFESSOR ERIBALDO COSTA 136 PICI

NOME RESPONSÁVEL
NI

SEXO
F

RACIA/COR
INDIGENA

CONTATO
(85)98600-3074

MUNICIPIO
FORTALEZA

UF
CE

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA
REFERE DOR EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MSD

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO
QUEDA DE MOTO

PESO
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

TEMPERATURA
NI °C

ALERGIAS
NI

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

CLASSIFICAÇÃO
AZUL

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ITALO LENNON SALES DE ALMEIDA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
17/10/2017 13:20:31

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

*Trauma em antebraço D
Pericú e fratura de estômago do lado D*

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO:

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X

COD. PROCEDIMENTO

CID

☐ OUTROS

MÉDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Re de antebraço D SS/RSF

Dipirona 2:18 AD, EV, 2g

15:50

Paracetamol 10mg, IM, 2g

15:50

USADA:

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO

ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

ESTIMO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Italo lennon sales de almeida em 17/10/2017 às 13:20:34

ro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código

ED: Trauma pl antebraço direito

jerry adriano dutra de souza

Daniel Ayremoraes Batista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13633

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

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

JERRY ADRIANO DUTRA DE SAUZA

CPF da Vítima

6.14.72808304

Data do Acidente

17/10/17

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.

Sant. de 27 de 11 de 17

Local e Data

* JERRY ADRIANO DUTRA DE SAUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA		DADOS PESSOAIS	
CASSUS	NASCIMENTO 17/11/1979(37 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 143959	Nº DO SE 175584
NOME MAE ISA DUTRA DE SOUZA	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO F	RACIA/COR INDIGENA
ENDEREÇO PROFESSOR ERIBALDO COSTA 136 PICI	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP NI	UF CE
CONTATO (85)98600-3074			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE	OCORRÊNCIA		
QUEIXA REFERE DOR EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MSD	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO QUEDA DE MOTO		
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AZUL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ITALO LENNON SALES DE ALMEIDA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 17/10/2017 13:20:31
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ÁREA ATENDIMENTO		
ANAMNESE	ATENDIMENTO MÉDICO		
<i>Trauma em antebraço D</i> <i>Pericú e fratura de escafóide do radi D</i>			
DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO		
SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X	☐ OUTROS		
MÉDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
<i>Rx de antebraço D SR/Rup</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>Dipirona 2:18 AD, EV, 2gr</i>	<i>15:50</i>		
<i>Paracetamol 10mg/kg, IM, 2gr</i>	<i>15:50</i>		
ALTA/SAÍDA	TIPO DE ALTA/SAÍDA		
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/07/2018 às 14:11, sob o número 0146915462018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146915-46.2018.8.06.0001 e código 3984AA2

Impresso por Italo Lennon Sales de Almeida em 17/10/2017 às 13:20:34
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ED: *Tratado pl fratura de antebraço*

Daniel Ayres Moraes Batista
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 13633

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Jerry Adriano Dutra de Souza

Marcia Ramos
 Mat. 45632
 Coordenador do SAME - HDEAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortalez

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a)

Jerry Adriano Dutra de Souza

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: *18* de *10* de *17* as _____ hs

Tendo como causa do atendimento:

*Fratura do
radial*

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

sim 15

2. (☒) Necessitando de _____ () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____
3. () Encontra - se a () Apto () Inapto a prática curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza,

18 de *10* de *17*

Mário Jorge Gomes da Silva
Ortopedista / Traumatologista
PREMEC 264

Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVÂNDRO AYRES DE MOURA
RUA CÂNDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

CE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409260591

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409260591

NOME
JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
93002441624 SSP CE

CPF
614.728.083-04

DATA NASCIMENTO
17/11/1979

FILIAÇÃO
JOAO CALIXTO DE SOUZA
ISA DUTRA DE SOUZA

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
04297222980

VALIDADE
03/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2008

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jerry Adriano Dutra de Souza

DATA EMISSÃO
05/01/2017

LOCAL
FORTALEZA, CE

ASSINATURA DO EMISSOR
51567215250
CE157421406

CEARÁ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 012992571034
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PFT 01 00861404343 R.NTRC. 000000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME RAIMUNDO NIVALDO DOS SANTOS
FORTALEZA / CE

PLACA 20317061353

CHASSI 9C2KC08505R82B330

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CB 150 TITAN ES

CAP / POT / OIL 2P / 14CV / 149CC

CATEGORIA ALUSUEL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1-1 SENTO**

FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 2-CONF**

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO 3-CONF**

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 27/08/2016

Assinatura de Igor Ponte

Assinatura de Jaime Araripe

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012992571034 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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 23/08/2016

VIA 01 DO 317061353 PLACA HXA5346

RENAVAM 00861404343 MARCA / MODELO HONDA / CB 150 TITAN E

ANO FAB 2005 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KC08505R82B330

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 125,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO / PELA SEGURO (R\$) 292,01

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09-248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: K08E5582B330

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado de Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araújo Junior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araújo - Substituto
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@ceadl.com.br

1 AUTENTICAÇÃO - Certificado que esta fotocópia é reprodução
fiel do original que me foi representado.

Fortaleza, 7 de novembro de 2017. Em testemunho da verdade.

SÔNIA MARIA NATIS NATHANES ARAÚJO (Escrevente)

Valor total R\$ 2,29. FUNC: alane

Assinatura de Sônia Maria Natis

Assinatura de Sônia Maria Natis





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 530689293

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4206344 DV **2**

VENCIMENTO
02/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
296,60

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

Rota 16 01250 09 0270600 Medidor 25082938 Poste 0000 N54W
Nome FRANCISCO EDMAR DA SILVEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU MANOEL GALDINO 04834 01201 CS G BOM JARDIM FORTALEZA 60540120

RG / CPF / CNPJ 104.972.933-15 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 20475 20137 1 338 0 338

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 23/06/2018 Prev. Próxima Leitura 24/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E8DE.812A.42C4.D53A.3850.FB0C.30EB.2163

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
260,24	27%	70,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,33
MULTA MORATORIA	4,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	31,05
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 19,40)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

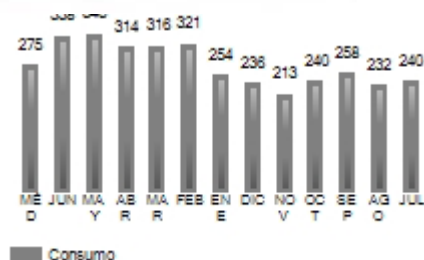
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 70,96

Conjunto JUREMA

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:	4206344-2	N° da Nota Fiscal:	530689293	Total a Pagar (R\$):	296,60
Data de Emissão:	12/07/2018	Referência:	JUN/2018	N° de Controle:	

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DR. ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO

CRM – 1600

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr. Jemy Adriano Dutra de Souza relata que sofreu acidente de trânsito em 17/10/17, e teve fraturas nos extremidades distais do radius e ulna (DD); fraturas conservadas com aparelhos fixados, mas não fisioterapias, recebeu alta do punitivo, e apresenta sequelas.

As sequelas são: bloqueio da flexão e extensão e lateralização dos movimentos do punho D.

Apresenta atrofia tendão no curso do flexor do 5º e 4º dd; déficit de força muscular de flexão de punho D; hipotrofia muscular do antebraço D;

deformidade no punho E (face ulnar) e face anterior do punho

Comprometimento funcional de punho do

punho D 75%
punho D 25%

FORTALEZA 13/01/18

Assinatura VT - 080

EP

Dr. Adroaldo S. Aragão
CRM 1600

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2018

Carta nº: 12530595

A/C: JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170642084
Vítima: JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA
Data do Acidente: 17/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANIEL BRITO PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JERRY ADRIANO DUTRA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000920

Conta: 0000040656-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

