



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Daniel Ramon Saraiva Pereira		Data Nasc: 09/08/1996
Estado Civil: solteiro	Profissão: motoboy	Nacionalidade: brasileiro
RG: 20072496759	CPF: 051.056.533-60	(85)99734-9325
Endereço: Rua Pero Vaz, bairro Messejana N° 00198		CEP: 60841270
Cidade: Fortaleza		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Ceará. Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASSEGURADORA participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais, e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 08 de maio de 20 19.

Daniel Ramon Saraiva Pereira
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Daniel Ramon Saraiva Pereira, residente e
domiciliado na Rua Pero Vaz, nº 00198,
bairro: Messejana, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 20072496759, inscrito(a) no CPF nº 051.056.533-60,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 08 de maio de 20 19.

Daniel Ramon Saraiva Pereira

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Ramon Saraiva Pereira, brasi
leiro(a), solteiro, motoboy, portador(a) de cédula
de identidade nº. 20072496759, inscrito(a) no CPF sob o
nº 051.056.533-60, DECLARO que tenho domicilio e sou
residente na Rua Pero Vaz, nº _____,
Bairro Messejana, CEP: 60841 - 270 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 08 de maio 2019.

Daniel Ramon Saraiva Pereira

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 18

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIA

Impresso nº 201931991

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 145 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/01/2019 13:00:56**
Data / Hora da Ocorrência: **04/11/2018 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 4º ANEL VIARIO**
Complemento:
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA**
Nascimento: **09/08/1996** CPF: **051.056.533-60**
RG: **20072496759** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA**
AURELANDIO FIRMINO PEREIRA
Endereço: **RUA PERO VAZ, 198 085.986657990**
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.841-270**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99734-9325**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POR0896** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC2210JR033122 Renavam: **1161231410** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN** Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA
DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POR-0896 NA
RODOVIA 4º ANEL VIÁRIO QUE AO ULTRAPASSAR UM CARRO DE PLACAS
NÃO ANOTADAS A VITIMA COLIDIU COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU
NA FRENTE DA VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA
SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE
OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

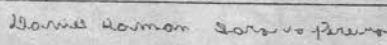
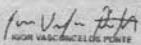
Consolidação em: 14/01/2019 13:10:31

Pág. 1 de 1

Impresso em: 14/01/2019 13:10:31



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/05/2019 às 15:54, sob o número 0132615-4520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132615-45.2019-8.06.0001 e código 4893406.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1655851919	NOME DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA
	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20072496759 SSPDS CE
	CPF 051.056.533-60 DATA NASCIMENTO 09/08/1996
	FILIAÇÃO AURELIANDIO FIRMINO PEREIRA FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA
	PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CAT. HAB. ☐ AB
	Nº REGISTRO 06248445218 VALIDADE 10/10/2019 1ª HABILITAÇÃO 02/12/2014
 PROIBIDO PLASTIFICAR 1655851919	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;
	ASSINATURA DO PORTADOR 
	LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 20/07/2018
	ASSINATURA DO EMISSOR  84178065800 CE166008290
 CEARÁ 	

Nº DO CLIENTE

5071619

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

enel

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

562929686

Rota 14 01220 30 418700 - 0

Data de Emissão 19/02/2019

Nome FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA

End. Postal RU PERO VAZ 00198

MESSEJANA - FORTALEZA - 60841270

Medidor 72954

Poste 1585 G85E

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 933231823-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2019	19/02/2019	22/03/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	MESSEJANA	
Mês	Dez/2018	EUSD 95,74
	DICRI = 0,00 P	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
247,36	27,00%	66,78

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	4,38	4,75	4,75
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	2,00	2,00
DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1398.2059.2062.AFFD.B3E2.CECF.0CB4.E67C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 25778	25441	1,00	337	0,00	337	0,73401	247,36
19/02/19	21/01/19		29 DIAS		337		247,36

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	247,36
MULTA MORATORIA REF 11/2018	4,94
JUROS DO MES	2,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	25,22
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-3,17
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	2,00
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	21,90

VENCIMENTO

20/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

300,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	90,73
Transmissão	9,68
Distribuição	51,70
Encargos Setoriais	13,86
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	81,39
TOTAL	247,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

312	337	379	400	322	309	280	307	240	304	306	283	280
MED	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 5042474	Nº DO BE 310245
ADSSUS 700801963235786	NASCIMENTO 09/08/1996(22 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME RESPONSÁVEL FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA		MUNICÍPIO FORTALEZA	
RUA PERO VAZ 198 MESSEJANA		UF CE	
CONTATO (85) 99698-1254		CEP 60.841-270	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/IDADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO QUEDA DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/11/2018 16:28:36	
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Prte última de acidente de moto e lesão recente antebraço fratura de um 1/3 do pé, dor no pé. Rx. see fratura			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
RAIO-X		RAIO-X	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	
Acampue per		200	
OBSERVAÇÕES			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
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	

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 04/11/2018 16:28:36

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.

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Realizada sutura

Dr. Victor Monteiro
Cirurgia Geral
CRM - CE 17.298

14/11/18
Befun

04.835.197/0012-45
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jorge de Azevedo, 1278
Mossoró - CEP 60.841-270

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/05/2019 às 15:54, sob o número 01326154520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132615-45.2019.8.06.0001 e código 4893406.



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Samuel Limon Samia

6 - Nº PRONTUÁRIO

3042474

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700801963235786

8 - DATA DO NASCIMENTO

09.03.96

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Luciana Samia

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua São Luiz 123/ Mossoró - RN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rua - CE

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Prontuário cl. história de trauma no 9º do
assonaco e fratura no pé. D. Riknou taca
por... miçado claudicante. Hoje volta cl. submis
no pé e suplen

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As condições são

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Mamografia + GY

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fechada R

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reparo de fratura

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBDR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

CNS ☐ CPF ☐

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARRIOS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Daniel

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

58

INÍCIO DO TRATAMENTO

10/11/18

DATA DA ALTA

28/11/18

DATA DO RETORNO

04/02/19

MÉDICO(A) PARA RETORNO

Dr. João Carlos

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

60h

Operado

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

lesões do LTT - foliar

SECUNDÁRIOS

TERCIÁRIOS

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

bp

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AmH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTOS

☐ OUTRO

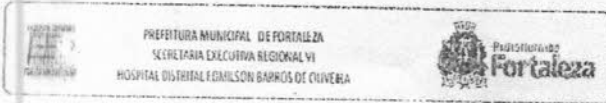
OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

28.11.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica DEBO-SAME-Relatório de Alta 00



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE Daniel Ramon SilvaDATA OPERAÇÃO 27/11/18

ENFERMARIA

LEITO 581º AUXILIAR Leonardo2º AUXILIAR Romulo

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA Felipe

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

TIPO DE OPERAÇÃO

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATORIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Anestesia
- 2) Reparo
- 3) Sutura de vasos
- 4) Sutura de vasos
- 5) Reparo ligamento
- 6) Sutura com fio de Kirschman 1/5
- 7) Redução com Rx
- 8) Sutura
- 9) Sutura
- 10) Curativo

Leonardo Pierre Quental
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM 8114 - ROE 4538

24/12/18
[Assinatura]

HOSPITAL DISTRIAL E-MILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Gráf.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Av. ... 1578
... 010

Fortaleza

Ceará



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Daniel Ramon Sampaio Pereira

Presente em radiografia de
fratura V metacarpo Esquerda.
Sugiro 3 meses de afastamento
do trabalho
S92.3

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

04.12.18

Leonardo Pierre Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

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):

Daniel Ramon Sousa Pereira

vítima de acidente de trânsito, em 04.11.18, sofreu:

*Fratura do 5º metacarpo direito
C10 - S92.3*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia, redução e fixação
da fratura
mediana*

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

*Dor e desconforto no
pé direito, edema crônico
dorso e desconforto ao
deambular, no sentido que
restringe atividades com carga
e atividades físicas. Freqüente
conforto precoce ao deambular,
marcha claudicante, dificuldade
de locomoção. Compromete ponto
funcional. Perdiu 70% das funções.*

Não mede definitivas

05/07/2019

Fco. Mardônio Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

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



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Daniel Ramon Saraiva Pereira Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 08 de maio 2019.

Daniel Ramon Saraiva Pereira

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

SINISTRO 3190099616 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 05105653360

Posição em 13-05-2019 09:40:48

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor 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 úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/03/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00