



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

a Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 15

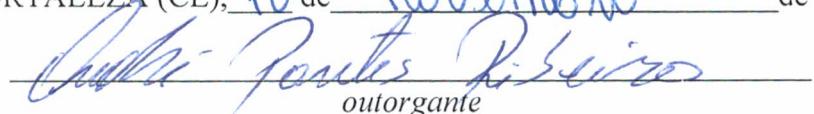
PROCURAÇÃO

| | | | |
|----------------|-----------------------------------|--------------|------------|
| OUTORGANTE | Andre Pontes Ribeiro | | |
| NACIONALIDADE | Brasileira | NATURAL | |
| RG | 2000020519824 | ESTADO CIVIL | casado |
| CPF | 872.445.35368 | PROFISSÃO | Vendedor |
| ENDEREÇO | R. 27 de Setembro 1001. ST 63 | | |
| BAIRRO | Passare | CEP | 60.375-000 |
| MUNICIPIO / UF | Fortaleza / Ce | | |
| FONES | 981594429 / 997557248 / 987809031 | | |
| E-MAIL | | | |

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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 FENASEG, 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, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber **intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 10 de novembro de 2017.


outorgante

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA**

Eu, ANDRE Pontes Ribeiro,
Brasileiro(a), casado, vendedor, portador da
Carteira de Identidade/RG nº 2000010519824 -SSP/CE, e inscrito
no CPF/MF sob o nº 872.445.353.68, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado Ceará, na
Rua 27 de Setembro 1001, ST 63, nº 63,
Passare, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
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), 10 de novembro de 20 17

Andre Pontes Ribeiro
Declarante

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, ANDRE Pontes ribeiro, brasileiro(a), _____, portador(a) do RG nº 2000010519824, inscrito no CPF sob nº 872.445.353.68, residente e domiciliado no endereço R. 27 de setembro 1001, ST 63 Passare,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispêndênci (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 10 de novembro de 20 17.

Andre Pontes Ribeiro
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



DECLARAÇÃO

Eu,

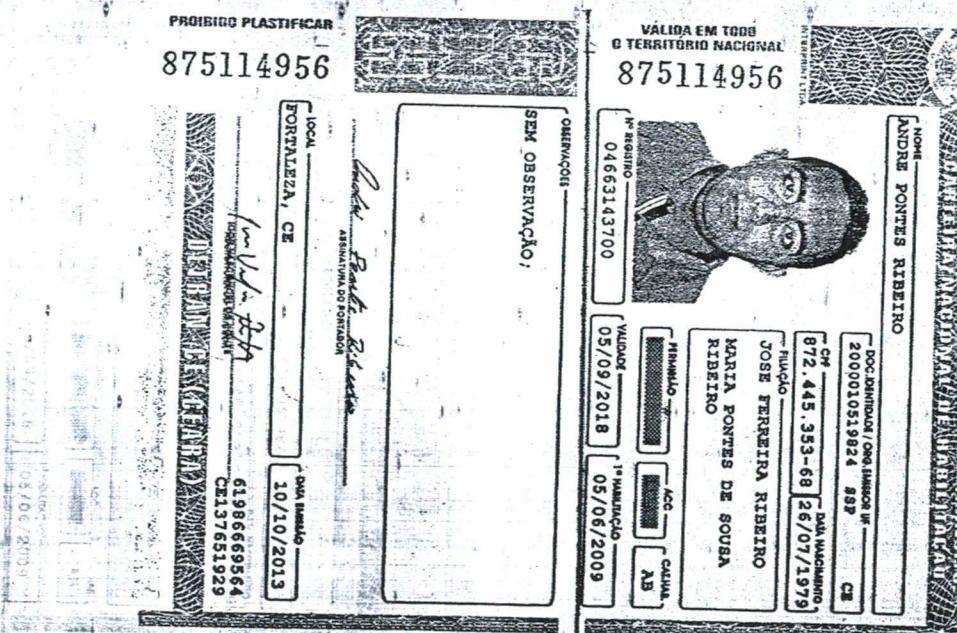
ANDRE Pontes Ribeiro.

Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade Nº 2000010519824 E CPF Nº 872.445.353-68, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
R. 27 de Setembro 1001 ST 63.
Passare

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP 60130-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 10, de novembro, de 2017.

Andre Pontes Ribeiro
DECLARANTE





Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10568965

A/C: ANDRE PONTES RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170110363 ASL-0069637/17

Vitima: ANDRE PONTES RIBEIRO

Data Acidente: 04/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta n°: 10741692

A/C: ANDRE PONTES RIBEIRO

Sinistro: 3170110363 ASL-0069637/17
Victima: ANDRE PONTES RIBEIRO
Data Acidente: 04/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EVANIO MATIAS FERREIRA

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: ANDRE PONTES RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 000001236-0

Tipos: **CONTA POUPANCA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|-------------------------|-----|-----------------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

NOTA: O percentual indicado equivale a 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

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº: 10961467

A/C: ANDRE PONTES RIBEIRO

Sinistro: 3170110363 ASL-0069637/17
Vítima: ANDRE PONTES RIBEIRO
Data Acidente: 04/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EVANIO MATIAS FERREIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta n°: 11006130

A/C: ANDRE PONTES RIBEIRO

Sinistro: 3170110363 ASL-0069637/17
Vitima: ANDRE PONTES RIBEIRO
Data Acidente: 04/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EVANIO MATIAS FERREIRA

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**Sinistro: **3170110363 - 1**Nome do(a) Examinado(a): **ANDRE PONTES RIBEIRO**Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E SETE DE SETEMBRO nº 1001 - PASSARE - FORTALEZA/CE**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2000010519824 - SSP**Data local do exame: **20/03/2017 FORTALEZA/CE****Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSÃO EM JOELHO DIREITO COM LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

 SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

 SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

REALIZADO ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR. SEM COMPLICAÇÕES INFECTOSES. REALIZOU FISIOTERAPIA E TEVE ALTA MÉDICA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE FLEXÃO DO JOELHO E INSTABILIDADE DISCRETA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

 SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL MÉDIA DE JOELHO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

 Vítima em tratamento Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

 Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

 10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

 Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

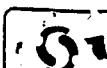
CE - FORTALEZA, 20/03/2017

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7



Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA

LAUDERDALE
The City of Dreams



10014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANDRÉ PONTES RIBEIRO

PORTADOR(A) DO RG N° 2000010519824

EXPEDIDO POR SS8/CE

EM 50, 50, 53

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, serem alterados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da CONTA (sem dígitos, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHECO O REFERIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FACTICE . 01 de 02 de 17
LOCALE DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

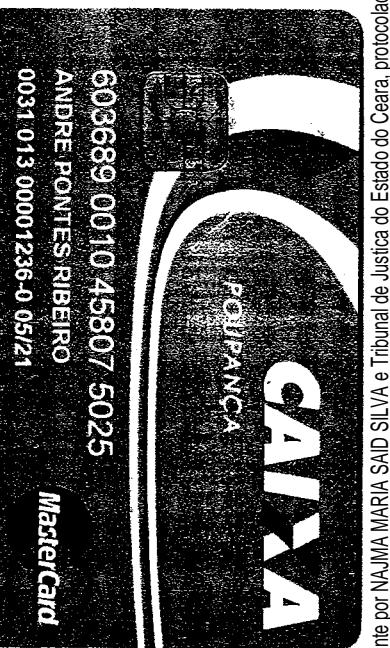


• ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e o custo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

15 FEV 2017

ENTRADA



INVESTPREV
15 FEV 2017
ENTRADA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 5^2 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/01/2017 08:30:06**Data / Hora da Ocorrência: **04/05/2016 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA DAS OITICICAS**Complemento: **CRUZAMENTO COM AV. PALESTINA**Bairro: **PASSARE**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **RESTAURANTE ARRUMADINHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANDRÉ PONTES RIBEIRO**Nascimento: **26/07/1979** CPF:RG: **2000010519824** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA PONTES DE SOUSA RIBEIRO****JOSÉ FERREIRA RIBEIRO**Endereço: **RUA SETE DE SETEMBRO, 1001**Bairro: **PASSARE**

CEP:

Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98759-4429**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OZA2837** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0800FR053995** Renavam: **1060729609** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **ANDRE PONTES RIBEIRO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA QUE NO LOCAL E HORÁRIO SUPRAMENCIONADOS TRAFEGAVA NA SUA MOTOCICLETA HONDA BROS DE PLACA OZA-2837, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A AV. PALESTINA, UM VEICULO DE COR PRETA, MODELO CASSIC, DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, MOMENTO EM QUE HOUVE UMA COLISÃO COM A SUA MOTOCICLETA; QUE O DECLARANTE CAIU E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS, POIS ANTONIO LEUDO FREITAS SILVA, PROPRIETARIO DO RESTAURANTE ARRUMADINHO LHE LEVOU AO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. E NADA MAIS DISSE//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 01/17

MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Charles Pontes Pessas

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

INVESTPREV

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

15 FEV 2017

Dado 1 de 2

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



fls. 304

Eu, Paulo Pontes Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 2000010519824 e inscrito no CPF/MF sob o nº 872445353-68, residente e domiciliado na Rua 27 de Setembro, 3001, Cidade FORTALEZA, Estado CE, 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
- 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FORTALEZA, 01/02/17

Local e data

INVESTPREV

15 FEV 2017

ENTRADA



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ANDRE PONTES RIBEIRO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Comprovação do ato declaratório

Página 1 de 1

fls. 325

Posto:

Atendimento: 35843438

Prontuário: 11734940

Convênio: HAPVIDA

0005

1917 12:14

Profissional(is): RAFAEL SINDEAUX FERREIRA CRM 16858

Nº: 04229299 04/05/2016 às 10:35

ANAMNESE

Queixa Principal

QUEIXA DE DOR + EDEMA EM JOELHO D ASSOCIADA A TRAUMA EM MOTOCICLETA HÁ HORAS.
RELATA OUTROS TRAUMAS PREVOS EM MESMO JOELHO AO EXAME,
DOR A MOBILIZAÇÃO DE JOELHO + EDEMA ASSOCIADO

CID10

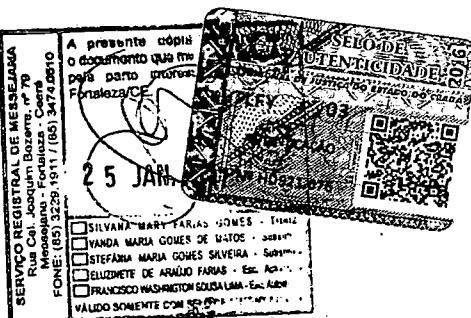
R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEONARDO 438
Assinatura

INVESTPREV

15 FEV 2017



DADOS DO CLIENTE

Nome: FLÓDIRE PONTES RIBEIRO
End. Leitura: RU 27 DE SETEMBRO S1-63, 1001. PASSARE

Cidade: FURTINHO

CEP: 60835-000

End. Entrega:

Cidade: 001 Setor: 063 Quadra: 0273 Lote: 0106 Comp: 0000
Local: 001 Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP:

ECONOMIAS
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

| Serviço | Medidor | Leratura Anterior | Leratura Atual | Volume (m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|-------------------|----------------|-------------|----------------------|
| ÁGUA | R13F203912 | 675 | 693 | 21 | 17 |

DATAS

Leratura Atual: 04/01/2017 | Emissão: 04/01/2017 | Lacre Água: 1601113

Leratura Anterior: 03/12/2016 | Próxima Leitura: 03/02/2017 | Lacre Esgoto: 3911463

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2016

| Nº de Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas | 611 | 611 | 621 | 620 | 620 |
| Analissadas | 621 | 621 | 621 | 620 | 620 |
| Em conformidade | 619 | 610 | 597 | 593 | 593 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MÉDIA DE CONSUMO (01/11/14 A 31/12/15): 21 m³ | META: 17 m³.
Constatamos débito de R\$ 177,03. Caso pago, desconsiderar.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

| PRISÃO DOS SERVIÇOS | | Valor (R\$) 0,59 | HISTÓRICO DE VOLUME | |
|---------------------------|--|------------------|---------------------|-----------|
| EGUOTU | | 21,90 | MES/Ano: | Água (m³) |
| JUROS DE 0,003% AC DIA | | 0,95 | FEV/16 | 12 |
| MULTA DE 2% | | 1,31 | MAR/16 | 18 |
| JUROS/MULTA TÁRIFA CONT | | 0,23 | ABR/16 | 20 |
| ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI | | 0,10 | MAI/16 | 18 |
| TÁRIFA DE CONTINGÊNCIA | | 20,47 | JUN/16 | 16 |
| | | | JUL/16 | 17 |
| | | | AGO/16 | 14 |
| | | | SET/16 | 17 |
| | | | OUT/16 | 18 |
| | | | NOV/16 | 15 |
| | | | DEZ/16 | 16 |

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO | | SUBSÍDIO | |
|------------------------------|------------------|---------------------|----------------|
| Subsídio | Valor (R\$) 1,01 | VALOR INTEGRADO | Valor (R\$) 69 |
| COFINS | 5,04 | VALOR DO SUBSÍDIO | 48,10 |
| | | VALOR TOTAL A PAGAR | 105,59 |

MÊS/ANO 01/2017 VENCIMENTO 18/01/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 105,59

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PadFolh, Cagece disponibiliza o serviço de pagamento de suas faturas online. É só entrar no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155, Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155, Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de San esamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



INVESTPREV

15 FEV 2017

ENTRADA

| | | | | |
|---|----------------------|----------------------------|--|---------------------|
| Nº DO CLIENTE 4079501-2 | | | A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002. | |
| Para agilizar seu atendimento, utilize o nº adma sempre que entrar em contato conosco. | | | Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3 | |
| CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 N° 450496186 | | | | |
| Rota 11 01210 49 281000 - 0 | | Data de Emissão 19/10/2016 | | |
| Nome ANDRE PONTES RIBEIRO | | | | |
| End. Postal RU 0027 DE SETEMBRO 01001 | | | | |
| PASSARE - FORTALEZA - 60000000 | | | | |
| Medidor 12412164 | | Poste 10000 N245 | | |
| Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA | | Fator de Potência 0,00 | | |
| RG / CPF / CNPJ 872445353-68 | | CGF | | |
| Nome do Responsável | | | | |
| DATAS | | | | |
| Mês de Referência | Data da Apresentação | Provisão Próxima Leitura | INDIC DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO | |
| Out/2016 | 19/10/2016 | 18/11/2016 | Veja a legenda no verso desta conta. | |
| Conjunto MONDUBIM | | | | |
| Mês | Ago/2016 | EUSP 14,49 | | |
| ICMS | | | | |
| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do Imposto | Padrão Individual | Apuração Individual |
| 134,00 | 27,00% | 35,17 | Mensal | Trim. |
| | | | Anual | Mensal |
| | | | Trim. | Anual |
| | | | DIC | FIC |
| | | | 15,07 | 16,15 |
| | | | 20,38 | 21,95 |
| | | | 2,00 | 0,00 |
| | | | 0,00 | 0,00 |
| | | | 0,00 | 0,00 |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL | | | | |
| EC20,6B87,D38B,B53F,62D1,E98B,CBA2,2529 | | | | |
| INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO | | | | |
| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. |
| 17493 | 17303 | 1.00 | 190 | 0,00 |
| | | | | 30 |
| | | | | 76 |
| | | | | 98 |
| | | | | 0,24684 |
| | | | | 0,42317 |
| | | | | 0,63476 |
| | | | | 7,40 |
| | | | | 29,62 |
| | | | | 57,13 |
| 19/10/16 | 19/09/16 | 30 DIAS | 190 | 94,15 |
| DESCRICAÇÃO | | | | |
| VALOR (R\$) | | | | |
| VALOR CONSUMO DO MES 94,15 | | | | |
| ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 0,79 10,75 | | | | |
| MULTA MORATORIA REF 07/2016 2,23 | | | | |
| JUROS DO MES 0,73 | | | | |
| ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL 10,43 | | | | |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,72 | | | | |
| SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0800 600 0560 4,44 | | | | |