



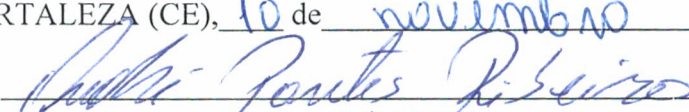
## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Andre Pontes Ribeiro		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	2000010519824	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	987594429 / 997117298 / 987804031		
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



# 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

fls. 16

## 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  
advocatórios 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







# 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

fls. 18

## 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 OBRIGATORIO 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, litispendência (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), 30 de novembro de 2017.

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 100L ST 63.

Passare

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP

\_\_\_\_\_, 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



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/11/2017 às 14:23, sob o número 01886344220178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188634-42.2017.8.06.0001 e código 31A9981.





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria dos Clientes

0007/813241

Nº de Inscrição:

DADOS DO CLIENTE

Nome: RUISE PONTES RIBEIRO  
End. Lutar: RU 27 DE SETEMBRO S1-63, 1001, PASSARE  
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60075-000

End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 001

Sector: 063 Quadra: 0273 Lote: 0106 Comp: 0000  
Subsector: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS  
Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pú: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço Faturar Medidor 6137203912 Letura Anterior 0 Letura Atual 0963 Volume 2 Média Semanal (m³)

DATAS

Letura Atual: 04/01/2017 Emissão: 04/01/2017 Lance Água: 1601143  
Letura Anterior: 03/12/2016 Próxima Letura: 03/02/2017 Lance Esgoto: 3911193  
11/2016

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:			
Nº de Amostras	Clore	Turbidez	Coliformes Totais
Exigidas	511	511	511
Analisadas	621	621	620
Em conformidade	619	610	593

MENSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
MÉDIA DE CONSUMO (001/14 A SET/15): 21 m³ ! META: 17 m³.  
Constatamos débito de R\$ 177,03. Caso pague, desconsidere ar.  
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEDA NO SITE CAGECE

PREPAGAÇÃO DOS SERVIÇOS		HISTÓRICO DE VOLUME	
ESDUTU	Valor (R\$) 59	Mês/Ano	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,0037 R\$ DIA	21,91	FEV/16	12
MULTA DE 27	0,95	MAR/16	14
JUROS MULTA TARIFA CONT	1,31	ABR/16	16
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,23	MAY/16	20
TARIFA DE CONTINGENCIA	0,10	JUN/16	14
	20,47	JUL/16	12
		AGO/16	13
		SET/16	17
		OUT/16	13
		NOV/16	21
		DEZ/16	14

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
PR-SICAO	Valor (R\$) 1,01	VP OR INDETERMINADO	Valor (R\$) 69
COF INS	5,04	VALOR DO SUBSÍDIO	48,10
		VALOR TOTAL A PAGAR	105,59

MÊS/ANO 01/2017 VENCIMENTO 01/01/2017 TOTAL A PAGAR (R\$)

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Italo, Outros Postfix. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria: Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ANCE: [www.ance.gov.br](http://www.ance.gov.br)

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



Seguradora Líder - DPVAT

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](http://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](http://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 início 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 nº: 10741692

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.: 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**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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](http://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.

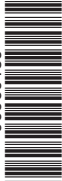
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

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

Pag. 00977/00978 - carta\_02



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NUNYON KADROS SANTOS SMG e TIRIBUIREAL de São Paulo e da Esd de São Paulo, em 13/05/2017 às 13:55h, sob o número 02/22711201108860002. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180822-7.2017.8.06.0001 e código 825602E.





Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 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.

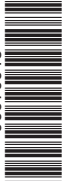
Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00025/00026 - carta\_09



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WUJON KADROS SANTOS SMG e Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em 13/05/2017 às 13:55h, sob o número 02/2271120108869002. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0180822-72.2017.8.06.0001 e código 825602E.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

**REALIZADO ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR. SEM COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS. 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, 1º 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**

Fabio S. Fernandes  
 Medicina Interna  
 CRM 52.63021-7

Assinatura do perito Examinador - CRM



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3170110363 - 2**  
 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: **19/05/2017 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)

**LESAO LIGAMENTAR DO JOELHO DIREITO ( 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 complicação.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO ( ARTROSCOPIA ). FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DOR E AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE JOELHO DIREITO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA. ESTA DE ALTA MÉDICA.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO JOELHO DIREITO.**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º 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 seqüela 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)

Região Corporal(Sequela)

**JOELHO DIREITO.**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

**APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, CONSTATAMOS QUE NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DO DEFICIT FUNCIONAL JA INDENIZADO. CONDUTA MANTIDA. -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - FORTALEZA, 19/05/2017**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
 Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
 Médico  
 CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO MARCOS SANDOZ MOTA e autenticado desistido. Emitido em 19/05/2017 às 10:56:05 pelo sistema de registro de documentos do CNJ. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180822-72.2017.8.06.0001 e código 3255532F.



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 281



-0014-

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 Nº 2000010519824 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 30/10/13  
 CPF 872449333-68 /CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO VIGILANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANDRÉ PONTES RIBEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) 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, ser apresentados:

- 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](http://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 do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3236-0

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

FORTALEZA, 01 de OUT de 17

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

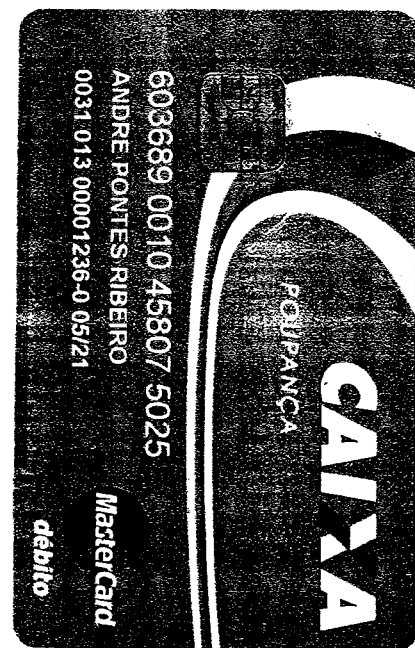
## ! ATENÇÃO

- 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 de acordo 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

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 303

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5º2 / 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** Ano  
Fabricação: **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 HOUE 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 :****MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9****INVESTPREV****15 FEV 2017****Pág. 1 de 2****ENTRADA**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



fls. 304

Eu, AUDRE 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, 1001 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
- ( 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

FORTALEZA, 01/02/17

Local e data





# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA



fls. 325

Página 1 de 1

1317 12:14

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto:

Paciente: ANDRE PONTES RIBEIRO

Atendimento: 35843438

Prontuário: 11734940

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): RAFAEL SINDEAUX FERREIRA CRM 15858 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 PREVIOS 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 CI PRONTUÁRIO  
LEANDRO 431  
Assinatura

INVESTPREV

15 FEV 2017



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

00078132

Comprovante de residência



0015

DADOS DO CLIENTE

Nome: AIDRE PONTES RIBEIRO  
End. Leitura: RU 27 DE SETEMBRO S1-83, 1001. PASSARE  
Cidade: FORTALEZA CEP: 60575-000  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 001 Setor: 003 Quadra: 0273 Lote: 0106 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A13F203912	679	699	21	17

DATAS

Leitura Atual: 04/01/2017 Emissão: 04/01/2017 Lacr. Água: 1601143  
Leitura Anterior: 03/12/2016 Próxima Leitura: 03/02/2017 Lacr. Esgoto: 3914463

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coll
Exigidas	5-11	5-11	128	5-11	5-11
Analisadas	621	621	621	620	620
Em conformidade	619	610	597	593	620

MESSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (01/14 A SET/15): 21 m³ | META: 17 m³.  
Constatamos débito de R\$ 177,03. Caso pago, desconsiderar.  
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$) 59	HISTÓRICO DE VOLUME
ESGOTO	21,94	MAI/16: 12
JUROS DE 0,003% AO DIA	0,95	FEV/16: 9
MULTA DE 2%	1,31	MAR/16: 14
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,23	ABR/16: 16
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,10	MAR/16: 14
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	20,47	JUN/16: 12
		JUL/16: 13
		AGO/16: 11
		SET/16: 13
		OUT/16: 16
		NOV/16: 16
		DEZ/16: 14

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Imposto Valor (R\$) 1,01  
COFINS 5,04

SUBSÍDIO

VALOR DO SERVIÇO 105,59  
VALOR DO SUBSÍDIO 18,10  
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, BNPar, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Saneamento Urbano, Outros Pagadores. A Cagece disponibiliza o serviço de depósito em nome da sua fatura. Atue este serviço. Consulte sua agenda.

Cagece  
0800 275 0195



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://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.co.gov.br](http://www.arce.co.gov.br)

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

INVESTPREV  
15 FEV 2017  
ENTRADA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO VILAS BOAS SANDOZ, em 15/02/2017 às 13:05, sob o número 10002222712003330450201. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188822-72.2019.8.06.0001 e código 32555835.

46