



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

Página | 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

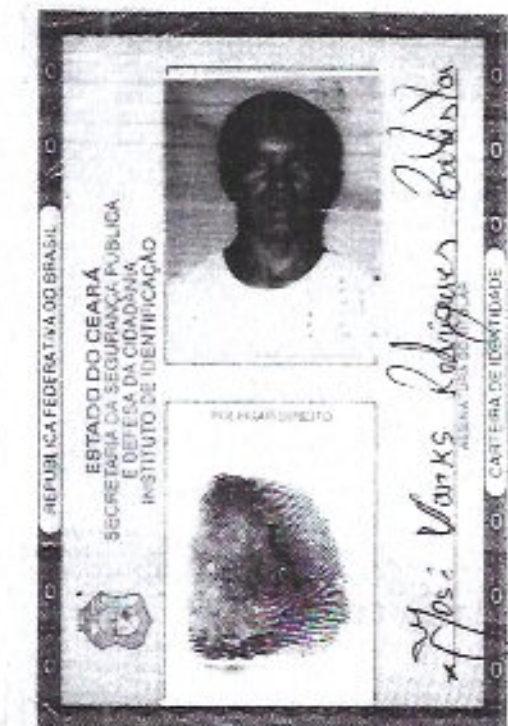
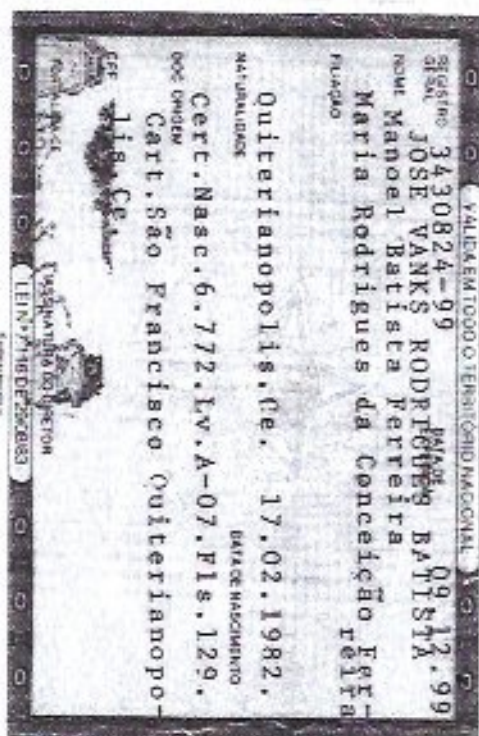
Nome: <i>Jose Vanks Rodrigues Batista</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>Serviço Químico</i>
CPF nº: <i>005.973-443-45</i>	Carteira de Identidade: <i>3430 824-99</i>
Bairro: <i>Maratão</i>	Residência: <i>Rua André Moreira 4</i>
Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ce</i>
	CEP: <i>63.700-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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 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 médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas de poderes, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - CE., 18 de Setembro de 2014.

Jose Vanks Rodrigues Batista
OUTORGANTE







ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Jose Vankes Rodrigues Batista</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Serviço Gerais</i>	Carteira de Identidade: <i>3430824-09</i>	
CPF nº: <i>005.973.443-45</i>	Residência: <i>Rua André Moreira, 4</i>		
Bairro: <i>Maratean</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700.000</i>

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.

Crateús - CE, 18 de Setembro de 2017.

José Vankes Rodrigues Batista
 DECLARANTE



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús - Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Jose Vitor Rodrigues Brito</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>Serviços Gerais</i>	Carteira de Identidade: <i>3430824-99</i>	
CPF nº: <i>005.973.443-45</i>	Residência: <i>Rua Andre' Moreira, 4</i>		
Bairro: <i>Maratão</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>CE</i>	CEP: <i>63700-000</i>

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - 18. de Setembro de 2017.

Jose Vitor Rodrigues Brito
 DECLARANTE



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará



ATUALIZAÇÃO

ATENÇÃO!

Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link "Corrigir", localizado no canto superior direito de cada quadro.

Confirmar

Dados da Vítima

Corrigir 1

Nome: **JOSÉ VANKS RODRIGUES BATISTA**
Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **17/02/1982**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**
Nome da mãe: **MARIA RODRIGUES DA CONCEIÇÃO FERREIRA**
Nome do pai: **MANOEL BATISTA FERREIRA**
CPF: **005.973.443-45** RG: **343082499** Emissor: **SSP/CE**
E-mail: Telefone: **(88) 3691-2342**
Nasceu em: **CRATEUS - CE BRASIL**

Endereço: **RUA RUA ANDRE MOREIRA MARATOAN, 04** Complemento:
Bairro: **MARATOAN** Cep: **63700-000** Ponto de Referência: **POSTO DE SAUDE**
Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **PRÓPRIA**
País: **BRASIL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Dados da Ocorrência

Corrigir 2

Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2017**
Data: **2/01/2017** Hora: **07:00**
Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Endereço: **R LOC. SANTA TERESA** Complemento: **BR**
Tipo do Local: **NAO INFORMADO** Compl Tipo do Local:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUITERIANOPOLIS** UF: **CE**

Veículo(s) Envolvido(s)

Corrigir 3

1) PLACA **POF7416** TIPO DE VEICULO **MOTOCICLETA** MARCA/MODELO **HONDA/CG 160 TITAN EX** COR **BRANCA**
PROPRIETARIO **JOSÉ VANKS RODRIGUES BATISTA**

Descrição da Ocorrência

Corrigir 4

EU **JOSÉ VANKS RODRIGUES BATISTA** DECLARO QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO FUI VITIMA DE UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA QUANDO ME DESLOCAVA DA CIDADE DE CRATEUS COM DESTINO A CIDADE DE QUITERIANOPOLIS E AO CHEGAR NA LOCALIDADE DE SANTA TERESA VIM A SOBRAR EM UMA CURVA E A CAIR AO SOLO E LOGO EM SEGUIDA FUI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE QUITERIANOPOLIS E NADA MAIS DISSE.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

Confirmar

Jose Vanks Rodrigues Batista



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H. M. G. L.
Distrito Sanitário: 15. CPES Município: _____

Nome: João Vanks Rodrigues Batista Prontuário N° _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 17 / 02 / 82 Ocupação: _____
Endereço: Rua: Andrei Macina - Crato Bairro: Ipore Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento? Acute Refractory Anemia da medula; Discrepancias nos exames de sangue; Doença crônica
Resultado de Exames: Os exames
Deverão de serem enviados
Conduta já Realizada
Impressão Diagnóstica: Mielos Data: 02, 01, 17. Hora: 07:53.
Assinatura do Encaminhante: _____ Função: _____

AGENDAMENTO
Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☒
Procedimento: Ex. físico / uso de sangue Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____ / ____ / ____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____
Secundário 1 _____ CID _____
Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data

Unidade de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE									
Cartão Único	Atendimento	Nome do Paciente			CNS	Guia de Autorização			
065161	0004	JOSE VANKS RODRIGUES BATISTA			700208920150527				
Documento(s)					Estado Civil	Sexo			
Quantidade: 343082499					Solteiro(a)	Masculino			
Data de Nascimento	Local				Idade				
17/02/1982	QUITERIANOPOLIS/CE				34 Ano(s)				
Pai					Mãe				
MANOEL BATISTA FERREIRA					MARIA RODRIGUES DA CONCEICAO FERREIRA				
Endereço	Bairro			CEP	Município	UF	Telefone		
RUA ANDRE MOREIRA, 04	IPASE			63700-000	CRATEUS	CE	88 36912342		
Atividade	Empresa	Cônjuge							
Serviço GERAIS									
Responsável	CPF do Responsável	Endereço			Município	UF			
MARIA RODRIGUES DA CONCEICAO		RUA ANDRE MOREIRA, 04			CRATEUS	CE			

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento	Hora	Convênio	DADOS DO ATENDIMENTO	CID
12/01/2017	10:53	SUS	Matrícula	
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
ADRIANO DOS SANTOS SCATENA			16761/CE	CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Pessoa de Acompanhamento			Funcionário	
transito			THALYA EVELYN SILVA BEZERRA	

Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
/ / às hs.		() Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais			
so (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
			R (rpm)
			PA (mmHg)

otivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Dr Oberm.

Rt Mrs. Esq.

~~Jannan Martins~~
~~MÉDICO~~
~~CRM 5753~~

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RODRIGUES DA CON

As 11/12/1902 mit wasser
in der wasser - Linie

ATESTADO MÉDICO

 Atesto para os devidos fins a pedido, que o (a) Sr. (a) João Vaz
Reinaldo Batista

Ident. ou Registro

 Foi atendido (a) Em consulta

Clínica ou Serviço

 do UPA 24h

Hospital - Ambulatório

 no dia 22/01/17, às 09:30 horas, necessitando de 05 (cinco)

Por Excesso

dias de repouso, por motivo de doença.

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Crateús, 09/01/17

Local e Data



Assinatura do Médico/ Odontólogo

(Carimbo contendo Nome Completo e registro CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Decreto Nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua : Joelson Silva Barros - Cidade Nova - CEP: 63.700-000 - Crateús - Ceará

Hospital São Lucas
HOSPITALIZAÇÃO SÓCARIÓ

ATESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins a pedido, que o (a) Sr. (a) João Vences R. Infante 50757
TEST. ou Registro

Idade: 10 anos Idade do paciente
Hospital - Ambulatório

Em 02.01.17, às 05 horas, necessitando de 05 dia Por Estadia

para de repouso por motivo de doença:
trauma m/s e f

Assinatura do Paciente ou Responsável

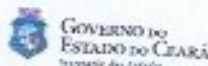
Cr. 02.01.17
Local e Data

 **Cláudio Martins**
MÉDICO
CRM 6753

Assinatura do Médico/Odontólogo
(Carimbo contendo Nome Completo e registro CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Conselho Nº 89.212 de 22/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

R. Afonso Augusto Soares Mello, 1622 - São Vicente - Fone: (28) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE



2º Via

Nº de Inscrição:

0027715221

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE VANKS R BATISTA

End. Entrega: RU ANDRE MONTEIRA, 4, MARATCAN

Cidade: CHATEUS

End. Entrega:

CEP: 63.110-000

Cidade:

Local: 029

Setor: 010

Quadra: 0011

Lote: 0485

Comp: 0130

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	ADDP 168622	815	817	2	1

DATAS

Leitura Atual: 12/09/2017

Emissão: 14/09/2017

Lacre Água: 2704119

Leitura Anterior: 11/08/2017

Próxima Leitura: 13/10/2017

Lacre Fgotos:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Edigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	010	051	051
Em conformidade	051	051	010	049	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	22,10	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		SET/2016	3	0
		OUT/2016	2	0
		NOV/2016	2	0
		DEZ/2016	3	0
		JAN/2017	1	0
		FEB/2017	1	0
		MAR/2017	1	0
		ABR/2017	2	0
		MAY/2017	2	0
		JUN/2017	2	0
		JUL/2017	1	0
		AGO/2017	2	0

Tributos sobre o faturamento

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	
PIS	0,21	Descrição	Valor (R\$)
COFINS	1,00	VALOR DO SERVIÇO	22,10
		VALOR DO SUBSIDIO	10,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	22,10

MÊS/ANO

09/2017

VENCIMENTO

04/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,10

BANCOS PARA PAGAR

Bancos: Bradesco, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróia, Oportunidade, Itaú. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atue já neste serviço. Consulte sua agência.



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 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: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 285 1919 - Distrito: Localidade: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3858.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027715221 Código de Responsável:

Mês/Ano: 09/2017

Local: 029

Setor: 10

Quadra: 0011

Lote: 0485

Comp: 0130

Cidade: CHATEUS

Vencimento: 04/10/2017

Total (R\$): 22,10

82610000000-7 22100009200-9 02771522101-9 02001631025-0



Emissão: ATENDIMENTO VIRTUAL 14/09/2017 04:26:29

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170421367 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE VANKS RODRIGUES BATISTA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**BENEFICIÁRIO** JOSE VANKS RODRIGUES BATISTA**CPF/CNPJ:** 00597344345**Posição em 05-09-2017 14:20:49**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
24/08/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-da-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)