

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Jose' Ivan da Silva Rebouças</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Porteiro</u>	Carteira de Identidade: <u>21025004910</u>	
CPF nº: <u>526190.793-79</u>	Residência: <u>R. Claudio Brasil, 66</u>		
Bairro: <u>Eng. Luciano Cav.</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>ce</u>	CEP: <u>60810-640</u>

OUTORGADO:

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

PODERES:

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

Fortaleza (CE), 08 de Agosto de 2018.

x Jose' Ivan da Silva Rebouças
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, José Ivan da Silva Rebouças,
brasileiro(a), solteiro, Petrolino, portador da Carteira de Identidade/RG nº
91026004910, e inscrito no CPF/MF sob o nº 526.190.793-49, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Claudio Brasil, nº 66, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 08 de Agosto de 2.018.

x José Ivan da Silva Rebouças

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 9

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 965 / 2018**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2018 14:56:17**
Data / Hora da Ocorrência: **23/08/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ESCRIVÃO AZEVEDO**
Complemento: **C/ RUA CEZIDIO ALBUQUERQUE**
Bairro: **CIDADE DOS FUNCIONARIOS** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE IVAN DA SILVA REBOUÇAS**
Nascimento: **13/09/1976** CPF: **526.190.793-49**
CNH: **04496467276** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSE DA SILVA REBOUÇAS**
JOÃO DA COSTA REBOUÇAS
Endereço: **RUA CLAUDIO BRASIL, 66**
Bairro: **LUCIANO CAVALCANTE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98724-2764**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NQT9450** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1660BR500054** Renavam: **288921313** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NRB8104** Uf: **CE** Município: **TIANGUA** Chassi: **KNAKG812BA7738580** Renavam: **225759314** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **I/KIA SPORTAGE LX2 2.0G2** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **RITA DE AGUIAR NUNES** 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 NQT-9450 NA RUA ESCRIVÃO AZEVEDO QUANDO UM CARRO DE PLACA NRB-8104 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA POR UM SENHOR DE NOME JOSE ARI PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.
/////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 13. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6***X José Ivan*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 965 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 1 José Luem da Silva Rebouças

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



DATA 20/11/2017
CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura: *Saburina*

Nº: BO20905

1. DADOS GERAIS

DATA: 23/08/2017 HORA DA OCORRÊNCIA: 14:11 DIA DA SEMANA: Quarta-feira

VIA 1: RUA ESV AZEVEDO

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BURACOS

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO VERTICAL: NÃO HÁ

VIA 2: RUA CEZILIO ALBUQUERQUE

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BURACOS

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: INTERSEÇÃO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO VERTICAL: CONDIÇÃO RUIM

2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO TRANSVERSAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: NÃO INFORMADO
QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Ilesos: 1	Passageiros Ilesos: 0	Pedestres Ilesos: 0
Condutores Feridos: 1	Passageiros Feridos: 0	Pedestres Feridos: 0
Condutores Mortos: 0	Passageiros Mortos: 0	Pedestres Mortos: 0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados: 2 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

3. CONDIÇÕES DO LOCAL

TEMPO: BOM
LOCAL: RESIDENCIAL
ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA
TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ
SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA
CONTROLE DE TRÁFEGO: PARE

LEGENDA:

	AUTOMÓVEL		LOCAL DO ACIDENTE
	ÔNIBUS OU CAMINHÃO		ANTES DO ACIDENTE
	TRIM		DEPOIS DO ACIDENTE
	VEÍC. DE DUAS RODAS		DESMONTAGEM
	VEÍC. DE TRÊS RODAS		CAPOTAMENTO
	PEDESTRE		MARCA A FRENTE
	ANIMAL		MARCA A RÉ
	OBJETO FRO		OBJETO FRO
	SINALIZADO		SINALIZADO

BO20906

MANOBRA REALIZADA:
CRUZANDO O FLUXO



MANOBRA REALIZADA:
CRUZANDO O FLUXO



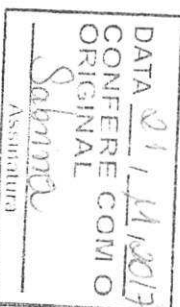
6. ORGAOS ACIONADOS

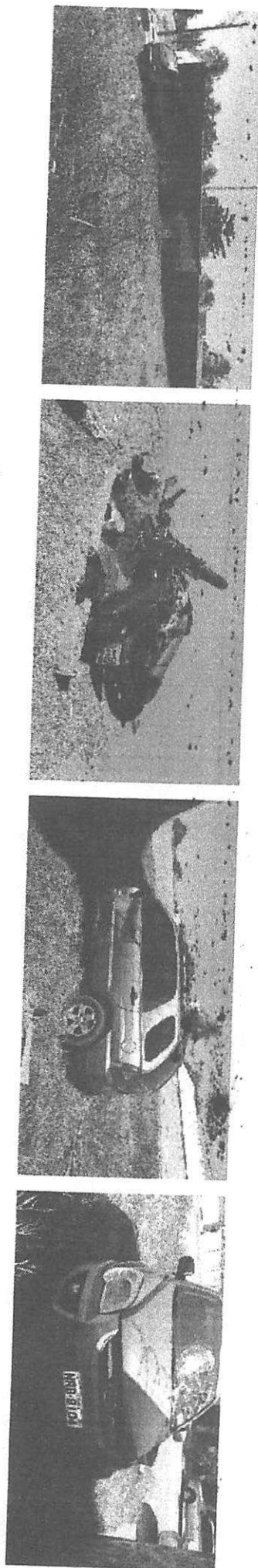
AMC - 185/205 - CLEITON/SANTOS

VALIDADE CNH: 25/07/2018

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 39a5ab4d5c5182ea3ddeb75626949cda

PÁGINA 2 DE 5





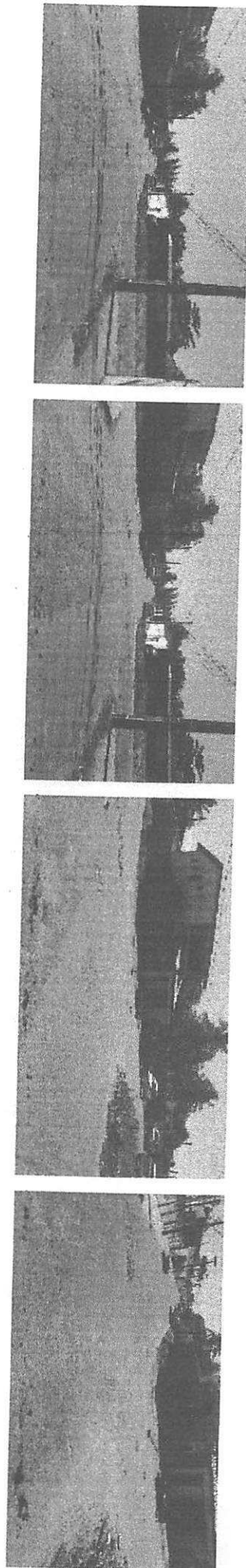
DATA	21/11/2017
CONFERE COM O ORIGINAL	
Assinatura	<i>Sebastião</i>

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 39a6ab4d5c5f82ea8de8e75626949cda

Terça-feira 21 Novembro 2017

BO20905

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/08/2018 às 15:18, sob o número 01538994620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0153899-46.2018.8.06.0001 e código 3AE028C.



DATA	24/11/2017
CONFERE COM O ORIGINAL	
Assinatura	<i>Sabrina</i>

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 39a5fab4d5c5f82ae3de8e75626949cda

Terça-feira 21 Novembro 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Ivan da Silva Rebasças

CPF da Vítima

526.190.793-49

Data do Acidente

23/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 30 de Abril de 17

Local e Data

x José Ivan da Silva Rebasças

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 27/02/2018 13:39:54

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 23/08/2017 13:15:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705608449099315	NOME: JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS		Registro: 5524348		
CPF: 52619079349	RG: 91026004910	D. NASC: 13/09/1976	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA REBOUCAS		NOME DO PAI: JOAO DA COSTA REBOUCAS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: TRES		Nº: 1081	BAIRRO: DIAS MACEDO	
COMPLEMENTO: CASA 06	TELEFONE: ,987242764	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60821500	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SOCORRIDO POR JOSE ARI		PARENTESCO:		TELEFONE: 88785659-ESPOSA	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: trauma msd com lesao grave +mid há horas á sala de reanimação					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
ARQUIVO DE PROTOCOLO - 101 MAETIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 27/08/2018 MATRICULA 138267 Carvalho SERVIDORIA					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5524348

NOME: JOSÉ IVAN DA SILVA REBOUÇAS

DATA DE NASCIMENTO:13/09/1976

PAI:JOÃO DA COSTA REBOUÇAS

MÃE: MARIA JOSÉ DA SILVA REBOUÇAS

DATA DE ATENDIMENTO: 23/08/2017

DATA DE SAÍDA:29/08/2017

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 23/08/2017, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO, TRAUMA DE FACE, PERDA DENTÁRIA; PERDA DE TECIDO SUBCUTÂNEO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. FAST POSITIVO PARA LÍQUIDO NA CAVIDADE ABDOMINAL. EM 23/08/2017, FOI SUBMETIDO À LAPAROTOMIA EXPLORADORA; TENDO SIDO ENCONTRADA LESÃO DE MESENTÉRIO, LACERAÇÃO HEPÁTICA. REALIZADA RAFIA DO MESENTÉRIO E HEPATORRAFIA. OPERADO POR DR. DANIEL LIMA. EM 23/08/2017, FOI SUBMETIDO À REPARAÇÃO DE PERDA DE SUBSTÂNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA EM GRANDE PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA E MUSCULAR. OPERADO POR DR. ROBERTO CÉSAR. EM 16/09/2017, FOI SUBMETIDO À ENXERTIA DE PELE , EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. OPERADO POR DR. BRENO PESSOA. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 29/08/2017. LAUDO DIGITADO EM 09/02/2018 9JOAQUIM/C)”

Joaquim José de Lima
Médico Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: João Ivan da Silva Ribeiro
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5524 348 Unidade: 19 Leito: 17

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente vítima de acidente de moto com
trauma de face e perda tecido
subcutâneo em NSA. Realizou laparotomia
na exploratória por lesão mesenterica +
lesões hepáticas

Diagnóstico Principal: Politrauma
Diagnósticos Secundários: hemorragia fechada

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

- 1- Cirurgia realizada: Exerto de pele Cirurgião: Dr. Bruno Pessoa
Tipo de anestesia/Sedação: geral Data 16/09/17
- 2- Cirurgia realizada: lap. exp. rodio mes. + hepato Cirurgião: Dr. Daniel Lima
Tipo de anestesia/Sedação: geral Data 23/08/17
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames () Sim () Não

- 1- _____ Data ____/____/____
- 2- _____ Data ____/____/____

PROIBIDO PLASTIFICAR

819103268

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

819103268

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO

JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
91026004910 **SEEDS** **CE**

CPF
526.190.793-49 **DATA NASCIMENTO**
13/09/1976

FILHO
JOAO DA COSTA REBOUCAS
MARIA JOSE DA SILVA
REBOUCAS

PRIMEIRO **SEC** **CITIA**
25/07/2018 **10/11/2008**

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL
FORTEALEZA, CE

ASSISTENTE DO PROCESSO
Jose Ivan da Silva Reboucas

DATA EMISSÃO
31/07/2013

30841868056
CE136908594

ASSISTENTE DO PROCESSO
JOSE IVAN DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013869677057

VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00288921313	00000000000	2017

NOME

JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS

 FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ

52619079349

PLACA

NQT9450/CE

PLACA ANT / UF
/CE

CHASSI

9C2KC1660BR500054

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/MAD AFLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP / POT / CIL

2P/OCV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

*****,**

VENC. COTA ÚNICA

//**

VENC. / COTAS

1ª *****

FAIXA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

*****,**

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

FORTALEZA

DATA

08/12/2017

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 013869677057 BILHETE DE SEGURO DPVAT

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2017

08/12/2017

VIA

01

CPF / CNPJ

52619079349

PLACA

NQT9450

RENAVAM

00288921313

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KC1660BR500054

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81,29

DENATRAN (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

0,7

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

185,5

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

07/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.249.608/0001-04

MOTOR: KC16E6B500054

02681

013869677057

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

DE

ASSINATURA



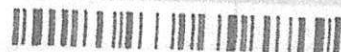
02681

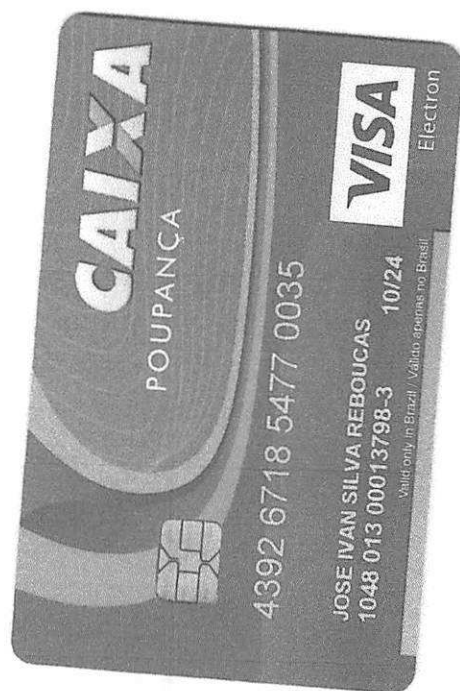
NQT9450

CÓD. RENAVAL

00288921313

161711 02362







Nº de Inscrição:

004223000

(85)987740318

(85)98899443

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA JOSE DA S REBOCCAS
End. Leitura: RU CLAUDIO BRASIL, 66, ENG LUCIANO CAVALCANTE
Cidade: FORTALEZA
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Setor: 010 Quadra: 0203 Lote: 0107 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volúmen(m³)	Média Semestral(m³)
ACUR	009310201	2192	2210	18	20

DATAS

Leitura Atual: 07.02.2018 Emissão: 07.02.2018 Lacre Água: 00
Leitura Anterior: 06.01.2018 Próxima Leitura: 06.03.2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enviadas	511	511	150	511	511
Analisadas	511	511	511	511	511
Em conformidade	511	530	531	150	511

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 19 m³ | META: 15 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JUROS, MULTA TARIFA CONT	0,37	FEV./17	20	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,24	MAR./17	17	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	15,85	ABR./17	18	0
		MAY./17	21	0
		JUN./17	21	0
		JUL./17	21	0
		AGO./17	21	0
		SET./17	21	0
		OUT./17	21	0
		NOV./17	20	0
		DEZ./17	18	0
		JAN./18	18	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIC	0.70	VALOR DO SERVIÇO	22.02
COFINS	3.51	VALOR DO SUBSÍDIO	12.29
		VALOR TOTAL A PAGAR	37.82

MÊS/ANO: 02/2018 VENCIMENTO: 23/02/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 73.53

ONDE PAGAR SUA FATURA

35701505-1024612 L: 1343 H: 07:00 a 15:00 P: 001
Bancos: Bradesco, Itaú, Nubank, Banco do Brasil, Caixa, Bradesco, Santander, Thiaguila, Outros: Padmá
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta e a fatura. Atende em todo o território brasileiro.



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 da 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: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Monitoramento Ambiental; 0800 275 1918. Demais: Núcleos Delegados do Estado



3180247426



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Jose Ivan da Silva Rebouças

Relatório

Paciente submetido a cirurgia de
Pele total em membro superior direito
após perda da substância. Paciente
encontra-se em Alta Hospitalar da
Cirurgia Plástica desde 06/11/17

Dr. Eduardo Lafayette
Médico Residente
Cirurgia Plástica
CRM/CE 19224

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

26/06/18

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13150249

A/C: JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS

Nº Sinistro: 3180247426
Vítima: JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS
Data do Acidente: 23/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO

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: JOSE IVAN DA SILVA REBOUCAS

Valor: R\$ 6.075,00

Banco: 104

Agência: 000001048

Conta: 0000013798-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.075,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

