



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10800830

A/C: MARIA ERIVONE DA SILVA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170191893 ASL-0129854/17
Vítima: PETROS LUCAS SANTOS PINTO
Data Acidente: 20/02/2017
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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





CAROLINA FREITAS
ADVOCATIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Petros Lucas Santos Pinto, representado por seus genitores

Outorgante: <i>Maria Trivono da Silva Santos</i>		Data Nasc: _____
Estado Civil: <i>solteira</i>	Profissão: <i>autônoma</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>2002009075388</i>	CPF: <i>028.501.753-58</i>	
Endereço: <i>Rua: Jax Carneiro de Andrade nº 79</i>		
Cidade: <i>Barro - Ce</i>	CEP: <i>63.950.000</i>	

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

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

Fortaleza (CE), 01 de junho de 2018.

Maria Trivono da Silva Santos
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Peterson Lucas Santos Pinto, residente e domiciliado na Rua: Jose Carneiro de Andrade, nº 79, bairro: -, na cidade de Chano, portador(a) do RG nº 2002009075388 inscrito(a) no CPF nº 028.501.753-58 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 04 de junho de 20 18.

Maria Tereza da Silva Santos
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Petrus Lucas Santos Pinto,, brasi
leiro(a), colúrio, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 2002009075388, inscrito(a) no CPF sob o
nº 068.501.753-58, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua: Jose Cumeiro de Andrade nº 79,
Bairro -, CEP: - /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 01 de junho 2018.

Maria Trivone da Silva Santos.

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1 _____

RG Nº:

CPF Nº:

2 _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Fortaleza, 04 de junho 2018

maria Crivore da Silva Santos

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




Maria Erivone da Silva Santos

ASSINATURA DO TITULAR

COPIA DE IDENTIDADE

2002009075388 10/8/2001 fls. 19
MARIA ERIVONE DA SILVA SANTOS

ERIVALDO ALVES DOS SANTOS E MAR
IA EDNA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE: FORTALEZA-CE
CERT. NASC. 137782 - 12/04/1986
551 B. LONA FORT CE

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria de Identificação

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
028.501.753-58
Nome
MARIA ERIVONE DA SILVA SANTOS
Nascimento
12/04/1986

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

CODIGU NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERICIAS HUMANAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Idade Pré-Escolar

ASSINADO NO TITULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TIPO DE FOLHA E BORDA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016115238 - 9

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2016

NOME PETROS LUCAS SANTOS PINTO

FILIAÇÃO PAULO HENRIQUE RIBEIRO PINTO

MARIA ERIVONE DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE QUIXADA - CE

DATA DE NASCIMENTO 14/10/2008

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4912 FOLHA: 057

LIVRO: A - 10 CHORO - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 30

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA ERIVONE DA SILVA SANTOS

End. Leitura: RU JOSE CARNEIRO DE ANDRADE, 79, CIDADE NOVA

Cidade: CHORO

CEP: 63.950-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 458

Setor: 001

Quadra: 0006

Lote: 1092

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A12F187003	995	1004	9	12

DATAS

Leitura Atual: 01/02/2017

Emissão: 02/03/2017

Lacre Água: 2292367

Leitura Anterior: 02/01/2017

Próxima Leitura: 22/03/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2016

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	010	010	010	010	010
Analisadas	012	012	012	012	012
Em conformidade	012	000	000	011	012

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 113,60. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	19,60	FEV/2016	12	0
MULTA DE 2%	0,61	MAR/2016	19	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,96	ABR/2016	14	0
		MAI/2016	15	0
		JUN/2016	15	0
		JUL/2016	13	0
		AGO/2016	10	0
		SET/2016	15	0
		OUT/2016	17	0
		NOV/2016	15	0
		DEZ/2016	13	0
		JAN/2017	17	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,20
COFINS	1,01

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	39,47
VALOR DO SUBSÍDIO	18,30
VALOR TOTAL A PAGAR	21,17

MÊS/ANO
02/2017VENCIMENTO
09/03/2017TOTAL A PAGAR (R\$)
21,17

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este 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: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0081250436 Código de Responsável:

Mês/Ano: 02/2017

Local: 458

Setor: 1

Quadra: 0006

Lote: 1092

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CHORO

Vencimento: 09/03/2017

Total (R\$): 21,17

82630000000-5 21170009900-8 08125043601-1 00070231025-1



EMIÇÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL02/03/2017 02:06:39



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 843 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/02/2017 15:42:08**
Data / Hora da Ocorrência: **20/02/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSÉ CARNEIRO DE ANDRADE, 74**
Complemento:
Bairro: **SÃO SEBASTIÃO** Município: **CHORO/CE**
Ponto de Referência:

Notificante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE RIBEIRO PINTO**
Nascimento: **19/07/1984** CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **CELIA MARIA RIBEIRO**
FRANCISCO EDVAR SOUZA PINTO
Endereço: **RUA DOM XISTO ALBANO, 1781** CEP: **60.000-000**
Bairro: **PARQUE SAO JOSE**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY4616** Uf: **CE** Município: **CHORO** Chassi:
9C2KD0800FR020587 Renavam: **1046509400** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO DIAS DE SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Que o notificante informa que, na data supracitada, soube através de uma ligação telefônica de sua esposa que seu filho de nome PETROS LUCAS SANTOS PINTOS, de 8 (oito) anos, foi atropelado por uma motocicleta HONDA, modelo BROS; Que segundo o pai do notificante, a criança vinha andando pelo acostamento quando a motocicleta o atropelou, passando por cima da barriga da vítima. Que o pai do notificante pediu para que o rapaz não saísse do local, porém, ao virar-se com a criança em seu colo para colocá-lo em um transporte e levá-lo ao hospital, ele fugiu do local; Que seu outro filho conseguiu anotar a placa da motocicleta, sendo ela PMY-4616. Que ao ser consultada pelo sistema do Detran-CE, constatou-se que se tratava de uma HONDA, modelo NXR160 BROS ESD, de cor PRETA, fabricação ano de 2015, registrada no nome de FRANCISCO DIAS DE SOUSA, CPF/CNPJ nº 160.843-68; Que o infrator é conhecido de todos e é reconhecido pelo apelido de "CHICO NEMÉSIO". E que nada mais disse.

CARTÓRIO BEZERRA -
Rua Ego. Eneas de Lima, 1449 - Centro
Tel: 3412-0491 - Quixadá - CE
Valido somente com selo de autenticidade

Em test.
Marta Lúcia Lima Silva -
Marta Albuquerque de Almeida

02 MAR. 20

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

BRUNO PEREIRA MAGALHAES - MAT.: 30103

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x Paulo Henrique Ribeiro Pinto

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



FICHA DE REFERÊNCIA

entregar 2(duas) vias ao usuário orientando-o para retornar com a unidade de origem.

UNIDADE DE ORIGEM: HMJ
DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: Quixadá - CE

Nome: Pedro Lucas Sales Pires Prontuário N: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 14 / 10 / 08 Ocupação: _____

Endereço: Olhos - CE Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: TCE grave / grave assiniar

Resultado de Exames: _____

Criane uterina de atipicidade (LHON) apressa de corcova, original, nega e assiniar. Não realiza TC e não + colunária de neurologia.

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. Jussara Cartaxo

Código

CRM: 18.650

Médica

Função

20 / 02 / 17

Data

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: TCE (Neurologia)

Unidade de Referência: HF Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____ / ____ / ____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de conduta para segmento

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

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

UNIDADE: _____ DATA: 20/02/17

☐ 1º Atendimento ☐ outros ☐ Previdenciário

Nº: 504

1- Identificação

Nome: Reis Lucas Santa Pina
Estado Civil: _____ Sexo: mas Idade: 08
Naturalidade: Quixerote Profissão: Estudante
Procedência: Chão
Categoria: Sus
Residência: Rua José Carneiro de Andrade

2- Queixa Principal:

3- História Atual:

Tramã aereana e ocular de 10
diagnose no corpo e peito
diversa poeira branca.

4- Exames Solicitados:

Raimundo Holanda Amorim

CRM: 1494 - CPF 034.816.703-20

Assinatura do Médico

função de caso controlado

Raimundo Holanda Amorim

CRM: 1494 - CPF 034.816.703-20