

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIAL**OUTORGANTE:**

Nome completo: Valdeci Silva dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro
 Profissão: Advogado
 Estado Civil: Solteiro
 RG: 947.630.12.698 CPF: 927.745.803-82
 Endereço: Rua A, n° 579, Conj. Nova União
 Telefone: _____

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE n° 34.075, GUSTAVO RIBEIRO PINTO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o n° 25.594, JIGOR SÁVIO C. PINHEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o n° 23.977, ambos com escritório profissional situado à Rua 24 de Maio, n° 1009, sala 214, Bairro Centro, Fortaleza-CE.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante em especial nos autos deste processo, podendo agir em conjunto ou separadamente; inclusive referente ao FGTS, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, cartórios, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, também junto a particulares ou empresas privadas, dando tudo por bom e valioso.

Fortaleza, 20 de Julho de 2018.

Valdeci Silva dos Santos
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Valdeci Silva dos Santos
CPF: 927.745.803-82
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autor

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consoante com o **NCPC** em seus arts. 98, 99, §1º, § 3º e §4, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Valdeci Silva dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

VALÉRCI SILVA DOS SANTOS

DOCUMENTO / CATEGORIA: 2006002151685 SSP CE

CIV: 927.745.803-82 DATA NASCIMENTO: 02/10/1979

FUNÇÃO: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS
MARIA VALDELICE SILVA DOS SANTOS

PRIMEIRO: [] ADIC: [] CEMEB: []

1º RENESSA: 04763010498 MUNICI: 02/09/2020 1ª EMISSÃO: 23/09/2009

COMISSÃO: SEM OBSERVAÇÃO:

Valérci Silva dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 08/09/2015

71031741917
CEI 49494033

DETRAN-CE (CEARA)

VALÉRCI SILVA DOS SANTOS
1158205658

PROVEDOR PLASTIFICAR



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 - 1085 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **06/03/2018 11:16:03**
Data / Hora da Ocorrência: **20/11/2017 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 8**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDECI SILVA DOS SANTOS**
Nascimento: **02/10/1979** CPF: **927.745.803-82** UF: **CE**
CNH: **04763010698** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA VALDELICE SILVA DOS SANTOS**
RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS
Endereço: **RUA A, 579 CONJ. NOVA UNIÃO**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9971-4965**

Nome: **MARIA ARLEIDE DE ABREU CUNHA**
Nascimento: **12/08/1961** CPF: **485.799.983-87** UF: **CE**
RG: **2008001252-8** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **LAURA DE NAZARE CUNHA**
ARISTIDES EVANGELISTA ABREU
Endereço: **RUA B, 509 CONJ. NOVA UNIÃO**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98836-3401**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYK1544** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC30707R225130 Renavam: **928957535** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2007 Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **CARLOS EDUARDO ABREU MENESES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE AS VITIMAS COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA PARA RETIFICAR O B. O. Nº301-48/2018, QUE A VITIMA(PILOTO) VALDECI SILVA DOS SANTOS ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA HYK-1544-CE NO DIA DO ACIDENTE E NÃO O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA COMO ESTAVA DESCRIMINADO NO B.O. ACIMA CITADO. E NADA MAIS DISSE//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/03/2018 11:22:53

Arleide / Valoci



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 1085 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Valdeir Edson dos Santos*

VISTO DO DELEGADO(A) : **MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Maria Arlindo de Abreu Cunha



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		Nº 013547919672	
DETREN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO 2017	
PLA	01	928957536	0000000000
CARLOS EDUARDO ARAUJO MENEZES		PORTALEZA CE	
03598040393		HYM1544	
PAS/MOTOCICLETA/NAO JELIC.		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN		2007 2007	
2P/OCV/124CC		PRETA	
I	1	1	1
P	2	2	2
V	3	3	3
180.65		16/06/2017	

CE Nº 013547919672 BILHETE DE SEGURO DPVAT

1507

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
0359804085 SEUS INFORMACÕES, LEIA HYK1544
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorafideli.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA DE EMISSÃO 03/11/2017

PLACA HYK1544

01 03598040393

0359804085

RENAVAM HONDA/CG 125 FAN

09

9C2JC30707R225130

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 81.29

DESVANT (R\$) 9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

10% INTERNO DESAJUST (R\$) 0.70

10% INTERNO DESAJUST (R\$) 158.50

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITACAO 16/06/2017

PROPRIETARIO LOTE/DOSEGUROSADORA FIDELI DPVAT

MOTOR: JC30E792Z913080001-04

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Valdeci Silva dos Santos**, no dia **20/11/2017**, às **17h28min**, na **Rua 08, Parque Santana, no Bairro Mondubim**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P989969/2017**.

Fortaleza, 20 de dezembro de 2017.

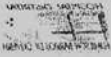
Atenciosamente,

Esther Cunha
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUELANDIA - CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9150 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br

		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560				EMERG/PRONTUÁRIO	
NOME <i>Valderi Filho de Saul</i>							
IDADE	SEXO	COR		PESO	ALTURA	CLINICA	LEITO
		B ☐ P ☐ A ☐					
MÃE							
DADOS CLÍNICOS:							
<i>Acidente nos D</i>							
EXAMES SOLICITADOS:							
<i>Fractura - 30 dias</i>							
DATA:		ASSINATURA E CARIMBO					
<i>11/12/17</i>		<i>Dr. Paulo de Tasso C. Castro</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM: 1965</i>					

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

	Reg. Geral: _____ Reg. Ambulatorial: _____ Reg. Radiológica: _____
Nome: <i>Valderi</i>	
Diagnóstico: <i>Acidente nos D</i>	
Data: <i>11/11/17</i>	Médico: <i>Dr. Paulo de Tasso C. Castro</i> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM - 1965
Auxiliar: _____	
Redução sob anestesia: _____	
Realizada: _____	após o acidente

[illegible]

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON ROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: VALDECI SILVA DOS SANTOS
NOME DA MÃE: MARIA VALDELICE SILVA DOS SANTOS
RUA: RUA B 519 PARQUE SANTANA MONDUBIM
Cidade: FORTALEZA
CEP: 60.767-400

Nº DO PRONTUÁRIO: 5087963
SEXO: F
NASCIMENTO: 02/10/1979 (38 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL: NI
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE

Nº DO REGISTRO: 243038
RACIA: PARDOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: SAMU 88 QUEDA DE MOTO TRAUMA NA MÃO D E JOELHO D DOR
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
TEMPERATURA: NI °C
PULSO: NI
SAT O2: NI%

ÁREA DE ATENDIMENTO

02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: Luxação carpalometacarpiana
EXAME: RX na mão D após (SI mobilização)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ATENDIMENTO

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

Impresso por ANELLY BARBARA FEITOSA DE PAIVA em 20/11/2017 18:17:55
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do C Penal.

Dr. Max Wendell B. Lora
Ortopedia e Traumatologia
CRM 107.1907

Valdeci Silva dos Santos
valdeci silva dos santos

02 01 38

227

	SUS Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - PRIMEIRO NOME (NOME CIVIL)		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - NOME DO PACIENTE (NOME EM REGISTRO)		8 - DATA DO NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - DATA DO NASCIMENTO	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - CID 10 PRINCIPAL	
13 - CID 10 SECUNDÁRIO		14 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE IMAGEM (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
18 - CID 10 PRINCIPAL			
19 - CID 10 SECUNDÁRIO			
20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
23 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		24 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
25 - DATA DA SOLICITAÇÃO		26 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
27 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		28 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
29 - DATA DO DOCUMENTO		30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
31 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		32 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
33 - DATA DO DOCUMENTO		34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
35 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
36 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
37 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
38 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
39 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
40 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
41 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
42 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
43 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
52 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
54 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
55 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
56 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
57 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
58 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
59 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
60 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
61 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
62 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
63 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
64 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
65 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
66 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
67 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
68 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
69 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
70 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
71 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
72 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
73 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
74 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
75 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
76 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
77 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
78 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
79 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
80 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
81 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
82 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
83 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
84 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
85 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
86 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
87 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
88 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
89 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
90 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
91 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
92 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
93 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
94 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
95 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
96 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
97 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
98 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
99 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
100 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			

Gráf.HDEBO-SAME-AIH-005



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: Valéria Silva dos Santos CPF da Vítima: 927.745.803-52 Data do Acidente: 20/11/2017

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.

Fertiliza, 16 de Novembro de 2013
Local e Data

Valéria Silva dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **529871220**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8547833 DV **4**

VENCIMENTO
26/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

Rota 12 01230 27 055400
Nome VALDECI SILVA DOS SANTOS
Endereço Postal

Medidor 5585830
Poste 1060 0

End. da Unidade Consumidora RU A CONJ NOVA UNIAO 00579 MONDUBIM FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ 927.745.803-82

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 17950 17929 1 21 0 30

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 19/06/2018
Prev. Próxima Leitura 18/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0C29.22DE.77F0.D2D9.4528.3C83.0E3D.0305

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -17,84
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,18
JUROS DO MES 0,26
JUROS DO MES 0,27
MULTA MORATORIA 0,73
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,02)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

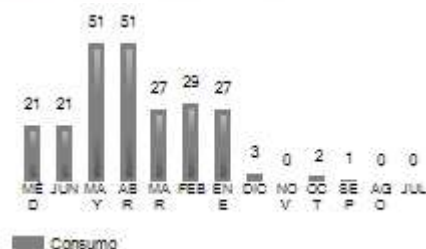
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,48

Conjunto BONSUCESSO

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **8547833-4** N° da Nota Fiscal: **529871220** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **20/07/2018** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GUSTAVO RIBEIRO PINTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/07/2018 às 13:32, sob o número 01491542320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149154-23.2018.8.06.0001 e código 39F8B24.