

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, SL118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: RAIMUNDO PATRICIO			
Carteira de Identidade: 930180055600		CPF nº: 162.818.533-34	
Residência: RUA JOAO TINOCO, Nº139			
Bairro: QUINTINO CUNHA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 61.351-090

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula “AD JUDICIA et EXTRA” para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT**, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 08 de JUNHO de 2018.

o Raimundo Patricio

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, RAIMUNO PATRICIO portador da carteira de identidade nº 930180055600 e inscrito no CPF sob o nº 162.818.533-34, residente e domiciliado no endereço RUA JOAO TINOCO, Nº139, QUINTINO CUNHA- FORTALEZA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 08 de JUNHO de 2018.

Raimundo Patricio

DECLARANTE

[illegible]



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

001469401

DADOS DO CLIENTE

Nome: RAIMUNDO PATRICIO

End. Leitura: RU JOAO TINOCO, 139, QUINTINO CUNHA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60351-090

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 041 Quadra: 0026 Lote: 0166 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)
AGUA	A07S140337	333	336	3	6

DATAS

Leitura Atual: 18/12/2017 Emissão: 18/12/2017 Lacre Água: 414516

Leitura Anterior: 18/11/2017 Próxima Leitura: 18/01/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	556	555	556	555	555
Em conformidade	553	541	533	546	555

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 5 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	23,10	DEZ/16	7	5
ESGOTO	18,48	JAN/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,16	FEB/17	6	4
MULTA DE 2%	0,83	MAR/17	6	4
		ABR/17	6	4
		MAI/17	6	4
		JUN/17	8	6
		JUL/17	7	5
		AGO/17	7	5
		SET/17	6	4
		OUT/17	6	4
		NOV/17	4	3

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,40	VALOR DO SERVICO	69,29
COFINS	2,03	VALOR DO SUBSIDIO	26,72
		VALOR TOTAL A PAGAR	42,57
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
12/2017	08/01/2018	42,57	

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 358299050671003 L: 1343 H: 07:05:12 R: 104 P: 001

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

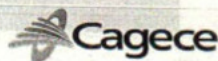


0800 275 0195



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: ACPOR - 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.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 001469401

Código de Responsável: 358299050671003 - 1343

Mês/Ano: 12/2017

Local: 001 Setor: 041 Quadra: 0026 Lote: 0166 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 08/01/2018

Total (R\$): 42,57

82610000000 7 42570009800 6 00146940101 0 00067422015 7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6008 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 09:17:44**
Data / Hora da Ocorrência: **02/09/2017 13:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL CARVALHO**
Complemento:
Bairro: **BARRA DO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **CONSELHEIRO LAFAYETE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO PATRICIO**
Nascimento: **13/11/1955** CPF: **162.818.533-34**
CNH: **03579110430** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
Filiação: **MARIA PATRICIO**
PEDRO PATRICIO
Endereço: **RUA JOAO TINOCO, 139**
Bairro: **QUINTINO CUNHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98846-4826**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HXM1842** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC08106R887028** Renavam: **879496010** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **RAIMUNDO PATRICIO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **ORV2099** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJC69Z0DB207070** Renavam: **502223650** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/COBALT 1.8 LTZ** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **PRATA** Proprietário: **THIAGO KLINSMANN NERIS LOPES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA, LOCAL E HORARIO ACIMA MENCIONADOS, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO HONDA CG/150 DE SUA PROPRIEDADE, DE PLACA HXM-1842/CE, SENTIDO CAUCAIA, QUANDO FOI FAZER UMA CONVERSÃO A ESQUERDA COLIDIU COM UM VEICULO, QUE ESTAVA PARADO, DE PLACAS ORV-2099; QUE CAIU E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO VIA SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE.//////

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 28/11/2017 09:37:50

Raimundo Patricio



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 6008 / 2017

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Reinaldo Batista

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA			
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL			
NOME DO PACIENTE RAIMUNDO PATRICIO		DADOS PESSOAIS	
NOME MAE MARIA PATRICIO	NASCIMENTO 13/11/1955(61 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 138203	Nº DO BE 188983
ENDEREÇO RUA JOAO TINOCO 139 OLAVO OLIVEIRA	NOME RESPONSÁVEL SAMU FORTALEZA	SEXO M	RACIA/COR PARDO
CONTATO (85)98820-9377	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP NI	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEDA COLISAO MOTO COM CARRO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS SAMU TRAUMA MID		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	SAT O2 NI%	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	PULSO NI	GLICOSEMI NI
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ÁREA ATENDIMENTO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/09/2017 14:51:21	
ANAMNESE			
<i>paciente vítima de acidente automobilístico trazido pelo SAMU. Trauma torácico direto. Sem lesão de continuidade em pele. D. e deformidade em torço D.</i>			
DIAGNÓSTICO			
DADOS DO EXAME: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS			
MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
RX TIZ D → AP/Popl		APRAZAMENTO	Fratura/Luxação torço direito
RX catete TIZ D → AP/Popl			
CO: (1) Tentativa de redução encucamento sem sucesso.			
(2) Intubo paciente p/ redução em CC e praxionat unio			
TAXA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			
resso por MARIA HELENA RODRIGUES em 02/09/2017 às 14:51:25 laro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.			
(03) TIZ em "U"		Dr. Livio Costa Ortopedia e Traumatologia CRM 18389 TEOT 15731	
<i>Sint. pontuário.</i>		RAIMUNDO PATRICIO	
Dr. Livio Costa Ortopedia e Traumatologia CRM 18389 TEOT 15731		Marcia Ramos Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEAF	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/08/2019 às 08:58, sob o número 01615647920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0161564-79.2019.8.06.0001 e código 4EA1D7E.

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Carta nº: 12558890

A/C: RAIMUNDO PATRICIO

Nº Sinistro: 3180061924
Vítima: RAIMUNDO PATRICIO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RONALDO ALVES DE FREITAS

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: RAIMUNDO PATRICIO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000001218-1

Conta: 0000066915-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

