

200 f / 025938

Rio de Janeiro, RJ, 5 de julho de 2016.



A

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT

Prezados senhores

Em atenção à sua solicitação, feita por meio de carta SUPFIN 355/2016, ratificamos o pagamento com crédito em conta do favorecido abaixo, conforme dados verificados em nosso sistema.

Favorecido: _____

Banco : 001
Agencia . . . : 0898
Conta : 000012678
Cliente . . . : ANTONIO AERRE MARTINS
Data pagamento: 15.03.2007
Valor : 13.500,00
Situacao . . . : CREDITADO

Lancamento originado por: _____

Cod.cliente . : 100187100
Agencia . . . : 1769
Conta : 000011000
Cliente . . . : FENASEG - DPVAT
Remessa . . . : 5403
Data inclusao : 13.03.2007

BANCO DO BRASIL S/A
EMPRESARIAL SENADOR DANTAS - RJ


ALEXANDRE ARAÚJO DE SOUZA
Gerente de Negócios


TERESA RAQUEL P. N. QUEIROZ
Gerente de Serviços

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 29/03/2007 10:40:47 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* DPV015T 9007 / DPV016P *

=====

***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO *****

NUMERO SINISTRO - 2007 / 025938 / 01 DEPENDENCIA 001

SEGURADORA - 5819 - AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

NOME SINISTRADO - ANTONIO AERRE MARTINS

DT. NASCIMENTO - 13 / 12 / 1968 DT. RATEIO - 16 / 03 / 2007

DT. SINISTRO - 18 / 11 / 2006 DT. ATUALIZ. - 12 / 03 / 2007

NATUREZA - 2 SUB-JUDICE -

REGULACAO - 1

NOME RECEBEDOR - ANTONIO AERRE MARTINS

=====

ENTER = CONTINUAR

PF03 = FIM

PF07 = VOLTA MENU

Relatório de Auditoria Invalidez

Sinistro: 2007/025938 - 1

CNIS

CADASTRO NACIONAL
Informações e Serviços

Data: 06/03/2007

Seg.: 5819/01 - AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS/EDR

Perícia em Consultório /

Data Acidente: 18/11/06

Vítima: ANTONIO AERRE MARTINS

Cidade: BOA VIAGEM-CE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS/EDR - 5819/01

Ocorrência: INVALIDEZ TOTAL - 4

Cidade: BOA VIAGEM-CE

Requerente/Beneficiário: ANTONIO AERRE MARTINS

Qualificação:

Procurador: TIAGO FRANCA ANFRIZIO

Procuração: PÚBLICA

Cidade: -

Médico Assistente: JOSÉ VIVALDO MORAES FEITOSA

Médico Avaliador: HENRY GREIDINGER CAMPOS

Analista: SAMANTHA DE PAULA BARBOSA

CRM: 3367

CRM: 10679/DF

Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA PERDA MÉDIA DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA. PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ CONFIRMADA.

Membros

- PERDA DO USO DA MÃO DIREITA

- PERDA DO USO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Pleiteado(%)	Avaliado(%)
(100,00 de 060,00)	(060,00 de 060,00)
(100,00 de 070,00)	(100,00 de 070,00)

TOTAL PLEITEADO: 100,00% - R\$ 13.500,00

TOTAL AVALIADO : 100,00% - R\$ 13.500,00

DT. PERÍCIA: 01/03/2007

Observação

A PROCURAÇÃO ATENDE O DISPOSTO NAS CIRCULARES DPVAT-SIN 0029/1999 E 0053/2000.

DRA. DORES MARIA B. C. MENDES
RESP. TÉCNICA

Seg/Reg:

Sinistro nº

Processo nº

Relação de Documentos	Sim	Não	Deficiente
Boletim de Ocorrência			
Certidão de Óbito			
Laudo de Necropsia / IML			
Certidão de Nascimento da vítima			
Certidão de Casamento da vítima			
Autorização de Pgto/Crédito de Indenização			
Documento de Identidade da vítima			
CPF da vítima			
Documento de Identidade do beneficiário			
CPF do beneficiário			
Comprovante de residência do beneficiário			
Declaração de Herdeiros / Concubinato / Alvará Judicial			
DUT			
Procuração			
Documentos do procurador			
Comprovante de residência do procurador			

PROCEDIMENTO

Prestador: (x) CNIS () MS

(x) Aval. IP () Reaval. IP () Legitimidade () Nexó () Investigação

Obs.:

Liberado para pagamento ☐Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Revisor:

Data:

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

* Megadata Computacoes

D.P.V.A.T.

02/02/2007 15:46:16 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Vias Terrestres *

* D259/DPC219T AVISO DE SINISTRO PARCIAL - COMPLEMENTO 0036 / DPC259P *

DATA ULTIMO DOCUMENTO - 01 / 02 / 2007

CODIGO BENEFIC./RECEB. - 3

NOME DO BENEFICIARIO - ANTONIO AERRE MARTINS

CPF/CGC BENEFICIARIO - 00033031908368

TIPO DOCUMENTO - 1 (1=CPF 2=CGC)

DATA NASC. BENEFIC. - 13 / 12 / 1968

ENDERECO - JOSE JOFRE DA SILVA SN

CEP - 63870 - 000

COMPLEM. - *

UF - CE

BAIRRO - CENTRO

MUNICIPIO - BOA VIAGEM

NOME DO PROCURADOR - TIAGO FRANCA *

CPF/CGC DO PROCURADOR - 000616916153 *

DATA NASC. PROCURADOR - 02 / 03 / 19 *

DATA DA PROCURACAO - 19 / 12 / 20 *

UF DA OFIC. PROCURACAO - CE *

NOME DO MEDICO - JOSE VIVALDO *

CRM DO MEDICO - 3367 *

UF CRM DO MEDICO - CE *

RESPOSTA

NADA CONSTA PARA O SINISTRO *

LIQUIDACAO SOB SUA RESPONSABILIDADE *

DOCUMENTO :

* 4/CE999999999

SINISTRO CADASTRADO NO. 2007/025938 *

ESTIMATIVA - 1.617,00 *

** PARA COMPLEMENTAR OUTRO PARCIAL, TECLAE ENTER, OU A PF DESEJADA P/ CONTINUAR
ENTER=CON PF1=HELP PF2=MUNIC PF3=FIM PF4=MENU PF5=BENEF PF6=MED PF7=V.TELA

UP
05/02



DPVAT

Ficha de Análise

Página 1

Número: 014998

União Liquidadora: FOMENTO

Seguradora: AMERILINK LIFE

SINISTRO: 2007/025838

TIPO DE SERVIÇO - DPV - AVISO DE SINISTRO

Código da Seguradora: 0004

Código da Dependência:

Seguradora: 2 - SINCULO CADASTRO

DADOS DO SINISTRO

Nome do Sinistrado: ARICATO ADEL RABELO

Endereço da Vítima:

Cidade da Vítima:

Estado:

CPF:

Data de Nascimento: 18/12/1908

Código: 1 - MATRÍCULA

Número do CPF: 000000000

Número do CPF da Sinistrada: 000.000.000-00

DADOS DO SINISTRO

Data do Sinistro: 10/11/2006

Data de Reclamação: 01/07/2007

Motivo: 2 - FALTA DE PAGAMENTO

DADOS DO SINISTRO

Código do Documento: 1 - DPV

Tipo de Plano da Vítima: 000000000

Seguradora: 00 - DPV

DADOS DA COOPERATIVA

Cooperativa Operadora: DEPARTAMENTO DE POLICIA CIVIL DE BOA VISTA

Nome da Cooperativa: BOA VISTA

Número da Política de Operadora: 00000000000000000000

Tipo de Operação: 00

Tipo de Operação: 00

Data da Boléia de Operadora: 10/11/2006

DADOS GERAIS

Número do Documento: 000000

Data da Conclusão do Obito:

Idade da Vítima:

Valor da Indenização: 00 0,00

Nome do Sinistrado: ARICATO ADEL RABELO

CPF do Sinistrado: 0000

UF do Sinistrado: 00

DESCRIÇÃO DO

Nome do Sinistrado: 1/1

Nome do Sinistrado: ARICATO ADEL RABELO

Número do Sinistrado: 000.000.000-00

Endereço da Dependência: LOMA D'OROSIO DA SILVA AV

Cidade: CUIABÁ

Estado de Nascimento: MATO GROSSO DO SUL

Município: BOA VISTA

Estado: 00

CPF: 000000000

CPF: 000000000

União Liquidadora: 2 - FOMENTO

Data de Nascimento: 18/12/1908

Complemento:

CPF: 00

CPF: 000000000

DADOS GERAIS

Nome do Sinistrado: 1/1 - Sinistro Anulado

Data do Documento: 10/11/2006

Data de Reclamação: 01/07/2007

Data de Nascimento: 02/02/1990

UF da Vítima: Mato Grosso do Sul

EDR - Serviços Técnicos de Seguros

AVISO DE SINISTRO DPVAT

02/025938

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

☐ Morte☐ Atropelamento da vítima☒ Invalidadez Permanente☐ Vítima passageiro do veículo☐ OAMS - Desp. Assist. Médica e Suplementares☒ Vítima motorista do veículo

18.11.06

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Antônio Azeite Martins	13 dez 1968	330.319.083 - 68

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)		Nº	Telefone (R5)
Endereço		51W	3491-7988
CEP	Cidade	Estado	
63870-000	Boa Viagem	CE	

Nome da Gerência	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ()
	CEP Cidade Estado
E-mail:	

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastroamento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidadez
ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO. • Boleim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. • Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório). • Procuração extraída em Cartório específica para recebimento do Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. da vítima. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. (atribuição) do beneficiário. • Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. • Cópia do comprovante de residência do receptor.	• Certidão da vítima (original ou cópia autenticada). • Laudo da Necropsia (apresenta quando necessário, a critério da Seguradora).	• Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. • Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais). • Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso. • Declaração do Hospital ou clínico, que ateste a vítima, informando se mantém ou não convênio com o S.U.S., e se o atendimento à vítima foi em caráter particular.	• Relatório do médico assistente consignando grau de redução permanente do órgão ou membro lesado. • Laudo do Instituto Médico Legal jurisdiction onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínima, média, máxima ou total), de órgão ou membro lesado na acidente.

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.154 de 10.12.74 a beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(s) companheira(s) e, na falta destas, os herdeiros legítimos, obedecendo a ordem da vocação hereditária (art. 1.521 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	• Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada. • Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecendo as leis da Previdência Social).
Beneficiário(s): Companheira(s)	• Declaração informando os nomes de todos os filhos ou filhos adotivos da vítima, anexando a cada um dos respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo a pátria potestade sobre o menor.
Filhos ou irmãos:	• Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	• Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pedir-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, e que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.
 2) Reservamos-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Fernando 30.01.07

Local e data

Assinatura do reclamante

EDR - SERVIÇOS TÉCNICOS DE SEGUROS LTDA
 01 FEB 2007
 PROTOCOLO

Nº DO SINISTRO:

RG: Nº 1313712-87 EXPEDIDO POR SSP - CE EM (DATA) 06/03/87

INDENIZACAO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATORIO OPVAT DA VITIMA: Antonio George montes AUTORIZO A
 SEGURADORA American Life A
 EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CREDITO, DE ACORDO COM A FORMA INDICADA:

- 23/02/2006



TABELIONATO DE NOTAS

LIVRO : 194
FOLHA : 090

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE FORTALEZA
9º OFÍCIO DE NOTAS

TABELIONATO PÉRICLES JÚNIOR

Rua : André Chaves, nº 304 - Fone : (085) 3494.9898

TABELIÃ: MARIA DE FÁTIMA LEITÃO CASTELO BRANCO

SUBSTITUTOS: PÉRICLES CASTELO BRANCO NETO

SÂMIA LEITÃO CASTELO BRANCO

INSTRUMENTO PÚBLICO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S)

ANTONIO AERRE MARTINS, brasileiro, casado, Guarda de Trânsito, portador da cédula de identidade nº 1313712-87-SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 330.319.083-68, residente e domiciliado na Cidade de Boa Viagem-CE, à Rua José Jofre da Silva, s/nº, Bairro Tibiquari. Declara o outorgante está impossibilitado de assinar conforme atestado médico expedido pelo Dr. Luciano Paulo Ferreira, CRM: 5109, assinando a rôgo do mesmo, **ANA KATIA BARBOSA TORRES**, brasileira, solteira, maior, Estudante, portadora da cédula de identidade nº 89010202578-SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 88.636.283-91, residente e domiciliada nesta Capital, à Avenida dos Expedicionários, nº 5405, Bloco 09, Aptº 303, Bairro Aeroporto, deixando entretanto o mesmo, a impressã digital de seu polegar direito.

OUTORGADO(A)(S)

TIAGO FRANÇA ANFRIZIO, brasileiro, solteiro, maior, Advogado, portador da cédula de identidade nº 96002720609-SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 616.918.153-15, residente e domiciliado nesta Capital, à Avenida dos Expedicionários, nº 5405, Bloco 09, Aptº 303, Bairro Aeroporto.

DATA

FORTALEZA-(CE), 19 DE DEZEMBRO DE 2006.

MANDATO/OUTORGA

No dia de hoje, data acima expressa, nesta Cidade de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, perante mim, Tabeliã do NONO OFÍCIO DE NOTAS, desta Comarca, compareceu o mandante outorgante, pessoa reconhecida, qualificada e identificada a vista dos documentos públicos acima referidos que me foram apresentados, por força dos quais, dou fé, de que se trata da própria (C.F. - ART. 19, II), de cujas identidades e capacidades jurídicas, dou fé. E pelo outorgante, acima referido, me foi dito que, por este instrumento público de procuração, constitui e nomeia seu bastante procurador o mandatário/outorgado supra nomeado e qualificado, ao qual confere os poderes seguintes.

PODERES/ENCERRAMENTO

Poderes para o fim especial de representar o outorgante PERANTE O Hospital Instituto José Frota, podendo requerer e receber quaisquer documentos relativos ao seu período de internação, cirurgias e tratamento realizado, e perante qualquer seguradora que tenha convênio com o DPVAT, bem como para representá-lo junto ao CREDICARD, para requerer a indenização correspondente ao seguro, podendo para tanto apresentar documentos, prestar declarações e informações, firmar requerimentos, preencher e assinar formulário de aviso de sinistro e formulário de autorização de pagamento de crédito, receber ordem de pagamento, dar quitação, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato. (SOB MINUTA). Sendo totalmente do outorgante o outorgado a responsabilidade civil e criminal pelos poderes aqui conferidos e atos que venham a ser praticados, respectivamente, isentando o NONO TABELIONATO DE NOTAS, de quaisquer responsabilidades. **ESTE INSTRUMENTO É VÁLIDO POR TEMPO INDETERMINADO**. E, como assim o disseram, do que dou fé, me pediram que lhes lavrasse este instrumento, o qual depois de lido e por todos achados conforme, aceitam e assinam juntamente com as testemunhas que são: JOSIMEIRE BARBOSA TORRES, brasileira, casada, Coordenadora Pedagoga, portadora da cédula de identidade nº 2519402-93-SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 775.705.813-68, residente e domiciliada nesta Capital, à Avenida dos Expedicionários, nº 5405, Bloco 09, Aptº 303, Bairro Aeroporto, e CRISTIANO SILVA EUGENIO DE SOUZA, brasileiro, casado, Administrador, portador da cédula de identidade nº 8903002006508-2ª via-SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 468.274.803-30, residente e domiciliado nesta Capital à Rua Henriqueta Galeno, nº 714, Bairro Dionísio Torres. Subcrevo, MARIA DE FÁTIMA LEITÃO CASTELO BRANCO, Tabeliã. (as) - **ANA KATIA BARBOSA TORRES**, JOSIMEIRE BARBOSA TORRES, CRISTIANO SILVA EUGENIO DE SOUZA. Está conforme o original, dou fé. Lavrada hoje, Fortaleza, 19 de dezembro de 2006. Eu, Luciane Cavalcanti Lacerda, Escrevente, a digitei e conferi. E eu, MARIA DE FÁTIMA LEITÃO CASTELO BRANCO, tabeliã, subscrevo e assino, em público e raso do que uso.

EM TESTEMUNHO

DA VERDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

TIAGO FRANCA ANFRIZIO

14 DEZ 2006

MANO DA FÁBILA LINDA CASTELO BRANCO - Taboão
Pereira Castelo Branco Neto - Suplente
Luiz da Rocha Neto - Esc. Autônoma

VALIAVEL TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO 8002720609 - 2a. SÉRIE - 28/3/1999

NOME TIAGO FRANCA ANFRIZIO

ALAC FRANCISCO ANFRIZIO DA SILVA FILHO E ADELBALINA DE FRANCA ANFRIZIO

NAT. ALIDADE FORTALEZA-CE DATA DO NASCIMENTO 27/3/1980

DOC. RG CERT. NASC. 58149 L. 44 F. 148V 3A ZONA FORT. CE

CPF ID. ANT. 251142994

14 DEZ 2006

MANO DA FÁBILA LINDA CASTELO BRANCO - Taboão
Pereira Castelo Branco Neto - Suplente
Luiz da Rocha Neto - Esc. Autônoma

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome TIAGO FRANCA ANFRIZIO

Nº de Inscrição 616916153-15 Data de Nascimento 02/03/80

14 DEZ 2006

MANO DA FÁBILA LINDA CASTELO BRANCO - Taboão
Pereira Castelo Branco Neto - Suplente
Luiz da Rocha Neto - Esc. Autônoma

VALIAVEL TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome TIAGO FRANCA ANFRIZIO

Nº de Inscrição 616916153-15 Data de Nascimento 02/03/80

14 DEZ 2006

MANO DA FÁBILA LINDA CASTELO BRANCO - Taboão
Pereira Castelo Branco Neto - Suplente
Luiz da Rocha Neto - Esc. Autônoma

DECLARAÇÃO

Eu, Tiago França Anjizão, procurador habilitado a requerer indenização correspondente ao DPVAT do Sr. Antônio Azeite Martins, declaro para os devidos fins que resido no seguinte endereço: Ovumador das Expeditionárias 5405 B9 A303, Montese, nesta Capital.

Fortaleza, 30 de janeiro de 2007.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BOA VIAGEM-CE



BOLETIM DE OCORRENCIA - B.O.

Nº 1857/2006

Data do Registro 30/11/2006

Nome: ANDRILAO AERRE MARTINS

Genitor: Maria Antônia Mendes

Endereço: RUA 26 de Junho, nº 229, Bairro do centro de Boa Viagem-Ce.

RG: 734978393SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL.

HISTÓRICO: Informa o noticiante, que no dia 18 de Novembro de 2006, por volta das 19:00 horas aproximadamente, na BR-321, KM 341,1, na cidade, ocasião em que o seu irmão de nome ANTONIO AERRE MARTINS, Possuidor da CNH, Registro nº 00848916711, categoria "AB", expedita pelo DETRAN-CE. Pilotava a motociclista da Marca Honda NR 250, Tornado, de cor azul, placa HYK-8030/Boa Viagem-Ce., Classe nº 902403400ER018994, com documentação em nome de MANOEL DE SALES GARCIA, quando de repente foi colido por uma Carregadeira Frontal de Pneus 924G, Classe nº CA 109240PAA000098, de cor amarela, de propriedade de JONAS RODRIGUES DA SILVA; Que em virtude do acidente, seu irmão ANTONIO AERRE MARTINS teve ferimentos expostos nas pernas e braços, tendo sido atendido no hospital desta cidade, mas foi transferido na mesma noite para o I.L.F., centro da cidade de Fortaleza-Ce., onde se encontra internado. E, NADA MAIS HAVENDO, LAÇO POR ENCERRADA A PRESENTE OVENHAM

Destinar Delegacia Municipal de Boa Viagem-CE

Cópi. Arquivada, 1. SEM/2. NAO: (2)

Encaminhado para: 1- Del/2. Cartório/3-Investigação/4-Arquivo: (3)

Responsável pelo registro: [Assinatura]

Responsável do registro: [Assinatura]

JOÃO FORTES JUNIOR RESPONSÁVEL DA DELEGACIA
MAT. 81.206-13



8 DEZ 2006

[Assinatura]
MAYARA SILVA MENEZES
Delegada de Policia Civil
Mat. 133.815-18

16-T

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Antonio Aere Martins
ASSINATURA TITULAR

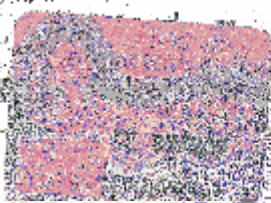
CARTÃO DE IDENTIDADE

Cartão de Identidade
Cidade de Fortaleza - Ceará
14 DEZ 2006
Membros da Família: Antônio Aere Martins - Titular
Fernandes Castilho Brandão Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

AUTENTICAÇÃO

14 DEZ 2006

REGISTRO Nº 1313712-87 DATA DE EMISSÃO 06.03.87
NOME ANTONIO AERE MARTINS
Filiação: José Elói Martins
Maria Aere Martins
Boa Viagem-Ce. 13.12.68
DATA DE NASCIMENTO
Cert.Nasc.nº26512, Liv.47, Fls. 88
DOC. ORIGINAL
Data 14.12.68, Cart. Boa Viagem-Ce



CARTÃO DE IDENTIDADE

14 DEZ 2006
Membros da Família: Antônio Aere Martins - Titular
Fernandes Castilho Brandão Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

Este Cartão é o documento que comprova a identidade do titular e a validade da documentação apresentada.
O titular deve portá-lo em todo momento e apresentá-lo quando solicitado.
A perda ou extravio deste documento deve ser comunicada imediatamente à autoridade competente para a emissão de novo documento.

REGRAS DE USO DO CARTÃO

0001/1011-7

13-07-87

ESTADO DO CEARÁ
Cidade de Boa Viagem - CE



14 DEZ 2006

Membros da Família: Antônio Aere Martins - Titular
Fernandes Castilho Brandão Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

330.319.085-52

" ANTONIO AERE MARTINS "

13.12.68

Antonio Aere Martins

CARTÃO DE IDENTIDADE

Cartão de Identidade
Cidade de Fortaleza - Ceará
14 DEZ 2006
Membros da Família: Antônio Aere Martins - Titular
Fernandes Castilho Brandão Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

PARA USO DO CORREIO

☐ MUDOU-SE	☐ RECUSADO	☐ INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/INDICO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE	☐ NÃO PROCURADO	
☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO	☐ AUSENTE	
☐ DESCONHEÇO	☐ FALLECIDO	

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL

EM _____/_____/_____

RESPONSÁVEL - VISTO

QUALIDADE DA ÁGUA

PARÂMETROS DA PORTARIA 518/04 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Comparar os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta folha, com os padrões estabelecidos pela Portaria 518 do Ministério da Saúde.

Parâmetros	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
Padrão da Portaria	5,0 UT	6,0 a 9,5	15 UT	Mín. 0,2 mg/l Máx. 2,0 mg/l	Máx. 1,5 mg/l	Máx. 5,0%	Atenção

- DA CONTA FEITA, DA CABERÁ RECURSO PELO INTERESSADO, RESPEITANDO AO SAAE, ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.
- QUANDO O CONSUMO FOR ACIMA DA MÉDIA, TRANSFERIR A LEITURA ATUAL DA ESQUERDA PARA DIREITA DO HIDRÔMETRO NOS QUADRINHOS ABAIXO E COMPARAR AO SAAE ANTES DO VENCIMENTO DA CONTA.

LEITURA DO HIDRÔMETRO

--	--	--	--	--	--	--	--

DA ÁGUA _____/_____/_____

EVITE DISPERDÍCIO DISK SAAE



(88) 3427 - 1151

(88) 9968 - 4531

SAAE

BOA VIAGEM

OCORRÊNCIAS DE LEITURA

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 01 - LEITURA NORMAL | 10 - VÍCIO DE LEITURA |
| 02 - PORTAÇÃO COM CADERNO | 11 - MOVEL DESABITADO |
| 03 - MÓVEL FECHADO | 12 - MÓVEL DESABITADO |
| 04 - HIDRÔMETRO RETIRADO | 13 - HIDRÔMETRO IMPLANTADO |
| 05 - LEITURA DESNINHA | 14 - MÓVEL ABERTO |
| 06 - MÓVEL ABERTO | 15 - HIDRÔMETRO NÃO LOCALIZADO |
| 07 - MÓVEL ABERTO | 16 - MÓVEL ABERTO |
| 08 - MÓVEL ABERTO | 17 - LEITURA ATUALIZADA |
| 09 - MÓVEL ABERTO | 18 - LEITURA ATUALIZADA |



Serviço Autônomo de Água e Esgoto

Rua Alfredo Terceiro, 523, Centro, Boa Viagem - CE. Cep. 63870-000

Fone: (88) 3427-1151 / 9968-4531 - CNPJ. 07.639.603/0001-50

Email: saaebv@discovernet.com.br

HIDRÔMETRO	VENCIMENTO	CÓD. LOCALIDADE/ROTA	PROCESSO
A02S380840	06/11/2006	00-004-000184 -00000-00000	07811-3

DADOS DO CONSUMIDOR

ANTÔNIO AERRE MARTINS
JOSE JOFRE DA SILVA S/N
NÃO DEFINIDO
63870-000
BOA VIAGEM - CE

DOC = 48 DVC102006-L0N1004RF004.TXT.CLS FOL = 48

00-004-000184 -00000-00000

Documento gerado pelo SAAE - Boa Viagem - CE - em 06/11/2006 às 14:00:00

Prezado Consumidor,

Estamos chamando sua atenção para necessidade de boa utilização dos nossos recursos hídricos, um bem precioso e indispensável à nossa vida e a vida do planeta.

Os nossos reservatórios já estão com níveis baixos. É necessário que tenhamos consciência de que devemos racionalizar para que este precioso líquido não venha a faltar em nossa casa.

O açude Vieirão que tem capacidade para 20.960.000 de m³ de água está com apenas 15.000.000 m³. Portanto, deixemos preservá-lo evitando



丹通西村林下挖得 1 个

ARQUIVO GERAL I.J.F.
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 28.11.1966

Prontuario: 257815 ANTONIO AERRE MARTINS

Data Nascimento: 13/12/1968 Idade: 38

Sexo: Masculino

Pai: JOSE ELOI MARTINS

Mae: MARIA AERRE MARTINS



Data Atendimento: 18/11/2006

Hora Atendimento: 22:20

Data Internacao: 18/11/2006

Hora Internacao: 00:23

Data Saída: 19/12/2006

Hora Saída: 14:52

Medico: CRM 4639 FREDERICO SERGIO U FELTOSA

ALTA - MELHORADO

Motivo: PACIENTE ENTROU NESTE HOSPITAL VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

FRATURA EXPOSTA GRAD III-B COM ISERAGAMENTO GRAVE DE PERNA COM EXTENSA COMUNICACAO PROXIMAL-DIAPISARIA + GRAVE LESAO DE PARTES MOLES COM PERDA MUSCULAR.

FRATURA EXPOSTA TIPO I DE ANTEBRACO DIREITO.

EM 18.11.2006 FOI REALIZADO LAVAGEM + DEBRIDAMENTO + REDUCAO + FIXACAO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO DR.VAGNER PAIVA.

EM 19.11.2006 FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA EXPOSTA ANTEBRACO DIREITO. DR.ADSON SOUCCRO SA.

EM 22.11.2006 FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA.DR. PAULO CESAR CARROS MACHADO.

EM 23.11.2006 FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA DA PERNA DIREITA(OSTEOMIELEITE).DR.MARCOS ANTONIO R.AFUNSO.

EM 24.11.2006 FOI REALIZADO PUNCAO DE VEIA JUGULAR INTERNA A ESQUERDA. DR.CARLOS IRAIJAN.

EM 28.11.2006 FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA EM PERNA DIREITA(OSTEOMIELEITE DE TIBIA DIREITA).DR.GUILHERME COLARES.

EM 08.12.2006 FOI REALIZADO DESARTICULACAO JOELHO DIREITO(OSTEOMIELEITE + PERDA OSSEA).DR.MARCOS ANTONIO R.AFUNSO.

EM 15.12.2006 FOI REALIZADO OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO DIREITO.DR.MARCO ANTONIO.

Dr. Fernando César de Sales Talles
Diretor da Unidade de Apoio Técnico-LT
RUA 2129 OF. 173.124.590-53

Medico Responsavel pela Informacao

Ass. de Apoio Técnica em Responsabilidade



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL Dr. WALTER PORTO

Registro No. 183639

Digitado em: 18/01/2007

Visto:

Livro: 1025 Pág.: 125

Digitado por: RICARDO.

Roberto Luiz Ferreira Rios
 - Gerente do IML -

Enviar para DELEGACIA MUN. DE BOA VIAGEM

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Em 10 de Janeiro do ano de 2007, nesta cidade de Fortaleza, e na sede do Instituto Médico Legal Walter Porto, pelo Gerente Dr. Roberto Luiz Ferreira Rios foram designados os peritos:

José Vivaldo Moreira Feitosa - CREMEC Nº: 3367

Marcus Valério Saboia Rattacaso CRM Nº 6604

Para procederem a exame do corpo de delito (lesão corporal) em:

Antonio Aerre Martins

a fim de ser atendida a requisição do nº 5/2006 da DELEGACIA MUN. DE BOA VIAGEM, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, responderem aos seguintes quesitos: **PRIMEIRO** - Se há ofensa a integridade corporal ou à saúde do paciente; **SEGUNDO** - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; **TERCEIRO** - Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel; **QUARTO** - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; **QUINTO** - Se resultou perigo de vida; **SEXTO** - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; **SÉTIMO** - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente.

Em consequência, às 14:15 do 10/01/2007 passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgarem necessárias tendo os quais declaram:

Histórico: Informa que foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 18/11/2006 em Boa Viagem - Ce. Anexamos ao livro, documento médico, assinado pelo Drº Antônio José A. de Castro CRM 6970, datado de 13/12/2006 no qual consta que o periciando foi vítima de trauma grave em perna direita e antebraço do mesmo lado. Na perna direita fratura de grau III em diáfise da tíbia, lesão no nervo tibular comum e grave lesão de partes moles que impossibilita de cobertura óssea. Apresentou grave infecção neste membro, tendo sido realizada desarticulação ao nível do joelho. No antebraço direito apresenta fratura grau III diáfisária. Ao exame: Amputação da perna direita ao nível do joelho; cicatrizes cirúrgicas no antebraço direito na face anterior, mede cerca de vinte centímetros e na face posterior dezoito centímetros, bloqueio parcial dos movimentos do punho direito.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1) **SIM;**
- 2) **SIM, POR FERIMENTO COM ESTILETE;**
- 3) **SIM;**
- 4) **SIM;**
- 5) **SIM;**
- 6) **SIM. PERDA DA PERNA DIREITA;**
- 7) **SIM. DEFORMIDADE PERMANENTE (PERDA DA PERNA DIREITA);**

E nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este laudo que, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Em, 18/01/2007, Escrivão de Polícia deu fé e assina.

José Vivaldo Moreira Feitosa
 1º Perito - CREMEC Nº: 3367



VÍTIMA: ANTONIO ANARE MARTINS
TIPO DE SINISTRO: Vítima
DATA DE OCORRÊNCIA: 30/01/2007
ATENDENTE: GEREENTE
SEGURODOR: REAL SEGUROS S/A
NATUREZA: Invalidez Parcial
OBS.:
NÚMERO DO SINISTRO:
TELEFONE: 0800.201204 (TENSARE)
DOCUMENTOS APRESENTADOS: Atestado de Sinistro / Autorização de crédito;
Promoção Pública original;
CIC Proprietário;
RG Proprietário;
Certidão de nascimento;
CPF;
RG da vítima;
CIC da vítima;
Comprovante de residência oficial da vítima;
Laudo do IML - definitivo;

- * Os documentos listados acima estão sujeitos a análise da seguradora.
- * Caso a seguradora julgar necessário, outros documentos poderão ser solicitados.

Acompanhe seu processo DPVAT através do site
www.edr.com.br

Atendedor: GEREENTE