

=====

* 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

LIQUIDADO

Relatório de Auditoria Invalidez

Sinistro: 2007/025938 - 1

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

CNIS
CADASTRO NACIONAL
Informações e Serviços
Data: 06/03/2007

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: JOSE VIVALDO MOREIRA 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

2007/025938

Processo nº

100/024448/07001

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:

J. J. C.

Data:

09/02/08

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

02/02/2007 15:46:16 *

D.P.V.A.T.

* Megadata Computacoes

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Vias Terrestres *

* D259/DPC219T AVISO DE SINISTRO PARCIAL - COMPLEMENTO G036 / 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, TECLE 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

Nosso Número: 014999

Orgão Liquidador: FORTALEZA

Seguradora: AMERICAN LIFE

Sinistro: 2007/025938

TIPO DE SERVIÇO - DPV1 - AVISO DE SINISTRO

Código da Seguradora: 0004

Código da Dependência:

Seqüência: 2 - SEGUNDO CADASTRADO

DADOS DO SINISTRADO

Nome do Sinistrado: ANTONIO AERRE MARTINS
Endereço da Vitima:
Bairro da Vitima:
Cidade:
CEP:

Data de Nascimento: 13/12/1968
Código: 3 - MOTORISTA
Razão do CPF: 0 - POSSUI CPF
Número do CPF do Sinistrado: 330.319.083-68

DADOS DO SINISTRO

Data do Sinistro: 18/11/2006

Data da Reclamação: 01/02/2007

Natureza: 2 - INVALIDEZ PARCIAL

DADOS DO VEÍCULO

Código do Documento: 4 - DUT
UF e Placa do Veículo: CE HYK 8030

Categoria: 09 - Moto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Ocorrência: DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BOA VIAGEM
Município Ocorrência: BOA VIAGEM
Número do Boletim de Ocorrência: 000000001857/2006

UF Delegacia: CE
UF da Ocorrência: CE
Data do Boletim de Ocorrência: 30/11/2006

DOCUMENTOS

Número do Laudo IML: 183639
Data da Ocorrência do Óbito:
UF do Óbito:
Valor Pleiteado: R\$ 0,00

Nome do Médico: JOSE VIVALDO MOREIRA FEITOSA
CRM do Médico: 3367
UF CRM do Médico: CE

BENEFICIARIOS

Beneficiário: 1/1
Nome do Beneficiário: ANTONIO AERRE MARTINS
PF/CGC Beneficiário: 330.319.083-68
Endereço do Beneficiário: JOSE JOFRE DA SILVA SN
Bairro: CENTRO
Forma de Pagamento: CREDITO EM CONTA

Município: BOA VIAGEM
Banco: 001 Ag.: 0898-2 C/C: 12678-0

Código Benef/Recab: 3 - PROCURADOR

Data de Nascimento: 13/12/1968
Complemento:
UF: CE CEP: 63870000

PROCURADOR

Nome do Procurador: Tiaqo Franca Anfrizio
CGC/CPF do Procurador: 616.916.153-15
Data da Procuração: 19/12/2006

Data de Nascimento: 02/03/1980
UF da Ofic. Procuração: CE

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

() DAMS - 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)

Endereço	Nº	Telefone
Rua José Tepe da Silva	51W	(85) 3491-7988

CEP	Cidade	Estado
63870-000	Boa Viagem	CE

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

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidadez
ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTE AVISO. - Boletim 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 (não 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 <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u>. - 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. (obrigatório) 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 recebedor.	- Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). - Laudo de Necropsia (somente 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 cassação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso. - Declaração do Hospital e/ou clínica, que atendeu 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 jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	Certidão de Casamento da vítima, <u>com data atualizada</u>.
Beneficiário(a): Companheira(o)	Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	- Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando do menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor. - Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Paiz:	
Outros:	Cópia de um documento de identidade.

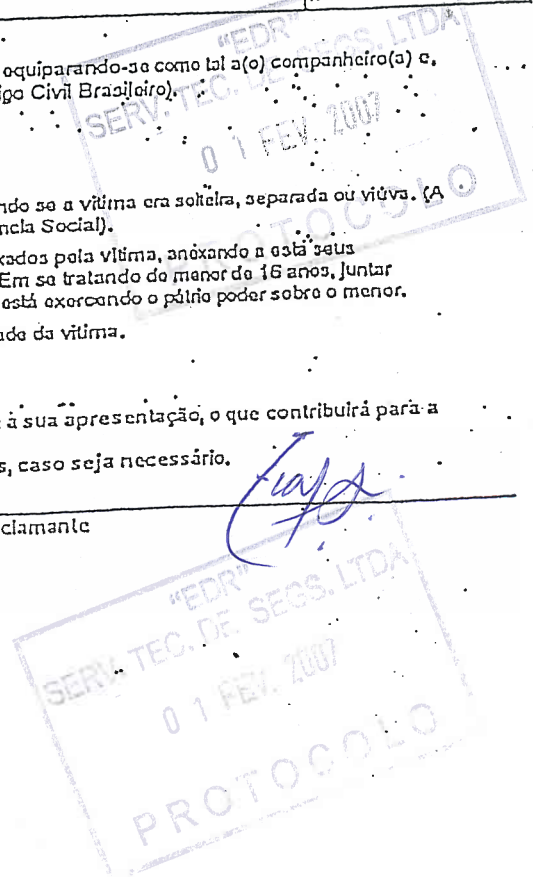
Obs.: 1) Pede-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.

2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Fernandez 30.01.07

Local e data

Assinatura do reclamante



Nº DO SINISTRO:

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

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

1. ~~☐~~ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRASIL S/A

2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE OUTRO BANCO (DOC)

3 - ☐ PAGAMENTO CONTRA RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL.

QUANTO AO CAMPO/ESPAÇO DESTINADO AO DÍGITO VERIFICADOR DO Nº DA C/C, SEMPRE QUE O Nº EXIGIR UM ÚNICO DÍGITO VERIFICADOR, APENAS O PRIMEIRO CAMPO/ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO; PERMANECENDO O SEGUNDO EM BRANCO.

- NÃO SERÃO PERMITIDOS CRÉDITOS EM CONTA DE POUPANÇA.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/GRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE
ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA
REFERIDA INDENIZAÇÃO.

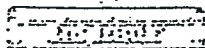
Fortaleza, 30 de janeiro de 2007

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)
(IGUAL A DE UM DOCUMENTO OFICIAL)

1- CASO O BENEFICIÁRIO NÃO TENHA CPF, DEVERÁ PROVIDENCIÁ-LO, SEM O MESMO NÃO PODERÁ RECEBER A INDENIZAÇÃO.

2 - ESTE FORMULÁRIO SOMENTE PODERÁ SER ASSINADO PELO PROCURADOR, CASO O MESMO ESTEJA, COM PODERES ESPECÍFICOS, EXPRESSAMENTE MENCIONADOS NO INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO.





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 99010202578-SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 881.636.283-91, residente e domiciliada nesta Capital, à Avenida dos Expedicionários, nº 5405, Bloco 09, Aptº 303, Bairro Aeroporto, deixando entretanto o mesmo, a impressão 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 616.916.153-15, 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

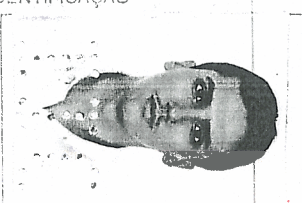
Poderes para o fim especial de representar o outorgante PERANTE O Hospital Instituto José Frota, podendo requerer e receber quaisquer documentos relativos ao seu período de internação, cirurgias e tratamento realizado, e perante qualquer seguradora que tenha convênio com o DPVAT, bem como para representá-lo 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 e 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 775.705.613-68, 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 8903002006508-2ªvia-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. Subscrevo, **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. Traslada 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Tiago Franca Anfrizio
ASSINATURA DO TITULAR

14 DEZ 2006

SELO DE AUTENTICIDADE
FUNDAMENTO DA IDENTIFICAÇÃO
CE 093024
CARTÓRIO PERICLES CASTELO BRANCO - TABELA
RUA ANTONIO CHAVES NETO - FORTALEZA
VALDO CARLOS DE OLIVEIRA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 78002720609 - 2a DATA DE EXPEDIÇÃO 28/5/1999

NOME TIAGO FRANCA ANFRIZIO

FILIAÇÃO FRANCISCO ANFRIZIO DA SILVA FILHO E ADERBALINA DE FRANCA ANFRIZIO

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 2/3/1980

DOC ORIGEM CERT. NASC. 50149 L 44 F 148V 3A ZONA FORT CE

CPF ID. ANT. 251142994

SELO DE AUTENTICIDADE
FUNDAMENTO DA IDENTIFICAÇÃO
CE 093024
CARTÓRIO PERICLES CASTELO BRANCO - TABELA
RUA ANTONIO CHAVES NETO - FORTALEZA
VALDO CARLOS DE OLIVEIRA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
TIAGO FRANCA ANFRIZIO

Ng de Inscrição 616916153-15 Data do Nascimento 02/03/80



SELO DE AUTENTICIDADE
FUNDAMENTO DA IDENTIFICAÇÃO
CE 093024
CARTÓRIO PERICLES CASTELO BRANCO - TABELA
RUA ANTONIO CHAVES NETO - FORTALEZA
VALDO CARLOS DE OLIVEIRA

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Tiago Franca Anfrizio
TIAGO FRANCA ANFRIZIO

S
E
R
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/12/99

SELO DE AUTENTICIDADE
FUNDAMENTO DA IDENTIFICAÇÃO
CE 093024
CARTÓRIO PERICLES CASTELO BRANCO - TABELA
RUA ANTONIO CHAVES NETO - FORTALEZA
VALDO CARLOS DE OLIVEIRA

DECLARAÇÃO

Eu, Tiago França Anjizão, procurador habilitado a requerer indenização correspondente ao DPVAT do Sr. Antônio Azeite Martins, declaro para as devidas fins que resido no seguinte endereço: Avenida das Expedicionárias 5405 B9 A303, Montese, neste Copital.

Fortaleza, 30 de janeiro de 2007.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DPI/DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BOA VIAGEM/CE



BOLETIM DE OCORRENCIA - R. O

Nº 1857 /2006

Data do Registro 30/11/2006

Nome: ADRIANO AERRE MARTINS

Genitora: Maria Arre Martins

Endereço: RUA 26 de Junho, nº 829, Bairro do centro da Boa Viagem-Ce.

RG: 234978392SSP/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-020, KM 204,5, nesta cidade, ocasião em que o seu irmão de nome ANTONIO AERRE MARTINS, Possuidor da CNH, Registro nº 00848916611, categoria "AB", expedida pelo DETRAN-CE. Pilotava a motocicleta da Marca Honda XR 250, Tornado, de cor azul, placa HYK-8030/Boa Viagem-Ce., Chassi nº 9C2MD34002R018994, com documentação em nome de MANOEL DE SALES GARCIA, quando de repente foi colhido por uma Carregadeira Frontal de Pneus 924G, Chassi nº CAT0924GPAAN01098, de cor amarela, de propriedade de JONAS RODRIGUES DA SILVA; Que em virtude do acidente, seu irmão ANTONIO AERRE MARTINS teve fraturas expostas nas pernas e braços, tendo sido atendido no hospital desta cidade, mas foi transferido na mesma noite para o J.I.F., centro da cidade de Fortaleza-Ce., onde se encontra internado. E, NADA MAIS HAVENDO, DADO POR ENCERRADA A PRESENTE QUEIXA!!!

Destino: Delegacia Municipal de Boa Viagem/CE

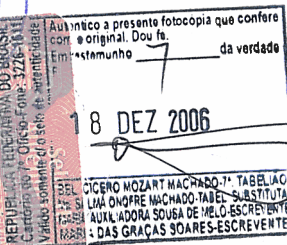
Obj. Apreendido: 1. SIM/ 2. NÃO: (2)

Encaminhamento: 1- Del/ 2- Cartório/ 3- Investigação/ 4- Arquivo: (3)

Responsável pelo registro

Encarregado do registro:

JOAN PONTES JUVÊNCIO - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 51.266-1-2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - CE Nº 6639108759
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SPDT VIA COD. RENAVAM R.T.B. EXERCÍCIO
01 796839760 0000000000 2005

NOME/ENDEREÇO
MANOEL DE SALES GARCIA
RUA AGRONOMANDO RANGEL 00760
***** CENTRO
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

CPF/CGC PLACA
15183613826 HYK8030

PLACA ANT/UF CHASSI
*****/CE 9C2MD34002R018994

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
MOTOR/VEÍCULO/HORAS DE FATOR 3000 10000

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/HR 250 TORNADO 2002 2002

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/ CV/249CC PARTIC 3 AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A 1. P.V.A
***** **/**/** 2. P.V.A
***** **/**/** 3. PAGO

FAIXA I.P.V.A PARCELAMENTO/COTAS
***** **/**/** ***** **/**/** 3. PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
PAGO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
BOA VIAGEM - CE 17/12/2005

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

CENº 6639108759 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
MANOEL DE SALES GARCIA
RUA AGRONOMANDO RANGEL 00760
***** CENTRO
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

CPF/CGC PLACA
15183613826 HYK8030

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

CENº 6639108759 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2005 17/12/2005

NOME/ENDEREÇO
MANOEL DE SALES GARCIA
RUA AGRONOMANDO RANGEL 00760
***** CENTRO
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

CPF/CGC PLACA
15183613826 HYK8030

COD. RENAVAM MARCA/MODELO
796839760 HONDA/HR 250 TORNADO

ANO FAB. CAT. TARIF. CHASSI
2002 9 9C2MD34002R018994

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

MOTOR: 2003 34 E- 2018994

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

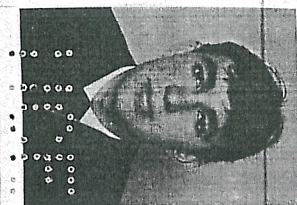
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)



16-I

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Antonio Aerre Martins
ASSINATURA DO TITULAR

ARTEIRA DE IDENTIDADE



A presente cópia fotostática contém com o original exibido nestas notas públicas o referido e verdade. Dou fe. Em test. de veracidade.

14 DEZ 2006

Maria de Fátima Leão Castelo Branco - Tabelião
Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

REGISTRO GERAL 1313712-87 DATA DE EXPEDIÇÃO 06.03.87

NOME ANTONIO AERRE MARTINS

José Elói Martins

FILIAÇÃO

Maria Aerre Martins

Boa Viagem-Ce.

13.12.68

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.nº26512, Liv.47, Fls 88

DOC ORIGEM

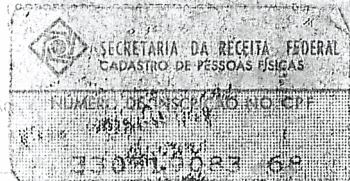
data 14.12.68, Cart.Boa Viagem-Ce.



14 DEZ 2006

Maria de Fátima Leão Castelo Branco - Tabelião
Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL



330.319.083-68

" ANTONIO AERRE MARTINS "

NASCIMENTO

13.12.68.

Antonio Aerre Martins



A presente cópia fotostática contém com o original exibido nestas notas públicas o referido e verdade. Dou fe. Em test. de veracidade.

14 DEZ 2006

Maria de Fátima Leão Castelo Branco - Tabelião
Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF - DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

0001/1011-7

13-07-87

BANCO DO BRASIL

BOA VIAGEM (CE)

1313712-87



14 DEZ 2006

Maria de Fátima Leão Castelo Branco - Tabelião
Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
Luciana da Rocha Maia - Esc. Autorizada

PARA USO DO CORREIO

☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO ☐ INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/SINDICO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO ☐
☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO ☐ AUSENTE
☐ DESCONHECIDO ☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL

EM ____/____/____

RESPONSÁVEL - VISTO

QUALIDADE DA ÁGUA

PARÂMETROS DA PORTARIA 518/04 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura, com os padrões estabelecidos pela portaria 518 do Ministério da Saúde.

Parâmetros	Turbidez	pH	Cor	Cloro	Fluor	CT	CTT/E. Coli
Padrão da Portaria	5,0 UT	6,0 a 9,5	15 UH	Min. 0,2 mg/l Máx. 2,0 mg/l	Máx. 1,5 mg/l	Máx. 5,0%	Ausente

- DA CONTA EMITIDA CABERÁ RECURSO PELO INTERESSADO, DESDE QUE APRESENTADO AO SAAE ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.
- QUANDO OCORRER CONSUMO ACIMA DA MÉDIA, TRANSCREVA A LEITURA ATUAL DA ESQUERDA PARA DIREITA DO HIDRÔMETRO, NOS QUADRINHOS ABAIXO E COMPAREÇA AO SAAE ANTES DO VENCIMENTO DA CONTA.

LEITURA DO HIDRÔMETRO

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

DATA: ____/____/____

EVITE DISPERDÍCIO DISK SAAE



(88) 3427 - 1151

(88) 9968 - 4531

SAAE

BOA VIAGEM
Em boas mãos.

OCORRÊNCIAS DE LEITURA

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 00 - LEITURA NORMAL | 10 - VIDRO EMBACADO |
| 01 - PORTÃO COM CADEADO | 11 - IMÓVEL DESABITADO |
| 02 - IMÓVEL FECHADO | 12 - IMÓVEL DEMOLIDO |
| 03 - HIDRÔMETRO RETIRADO | 13 - HIDRÔMETRO DIFÍCIL ACESSO |
| 04 - LEITURA DESNIVELADA | 14 - ANIMAL AGRESSIVO |
| 05 - HIDRÔMETRO VIOLADO | 15 - HIDRÔMETRO NÃO LOCALIZADO |
| 06 - HIDRÔMETRO PARADO | 16 - IMÓVEL CORTADO |
| 07 - HIDRÔMETRO SOTERRADO | 17 - LEITURA ATUAL INVÁLIDA |
| 08 - HIDRÔMETRO INVERTIDO | 18 - LIGAÇÃO DANIFICADA |
| 09 - HIDRÔMETRO DANIFICADO | |



Serviço Autônomo de Água e Esgoto

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

Fone: (88) 3427-1151 / 9968-4531 - CNPJ. 07.639.503/0001-50

Email: saaebv@discovernet.com.br

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

DADOS DO CONSUMIDOR

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

DOC = 48 BVC102006-LORI004RF004.TXT.CLS FOL = 48

00-004-000184 -00000-00000

Impresso a Laser por STL Informática Ltda. - Fone: (85) 3257.6600 - www.stl.com.br

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 racionar 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



REGISTRATION No.

ARQUIVO GERAL I.J.F.
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 28.12.1966

Prontuario: 207815 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: 22:25

Data Internacao: 19/11/2006

Hora Internacao: 00:23

Data Saída: 19/12/2006

Hora Saída: 14:b2

Medico: CRM 4639 FREDERICO SERGIO U FELTOSA

ALTA - MELHORADO

Motivo: PACIENTE ENTROU NESTE HOSPITAL VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

"FRATURA EXPOSTA GRAU III-B COM ESMAGAMENTO GRAVE DE PERNA COM EXTENSA COMUNICACAO PROXIMAL-DIAFISARIA + GRAVE LESAO DE PARTES MOLES COM PERDA MUSCULAR.

"FRATURA EXPOSTA TIPO I DE ANTEBRACO DIREITO.

EM 19.11.2006 FOI REALIZADO LAVAGEM + DEBRIDAMENTO + REDUCCAO + FIXACAO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO .DR.VAGNER PAIVA.

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

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

EM 23.11.2006 FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA DA PERNA DIREITA(OSTEOMIELOITE).DR.MARCOS AANTONIO R.AFONSO.

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

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

EM 08.12.2006 FOI REALIZADO DESARTICULACAO JOELHO DIREITO(COS TEOMIELOITE + PERDA OSSEA).DR.MARCOS ANTONIO R.AFONSO.

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

Dr. Fernando César Silva Telles
Diretor do Departamento de Apoio Técnico-IJF
CRM 7179 CPF 073.124.593-53

Medico Responsavel pela Informacao

Ass do Paciente ou Responsavel



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

Enviar para DELEGACIA MUN. DE BOA VIAGEM

- Gerente do IML -

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 N°: 3367

Marcus Valerius Saboia Rattacaso CRM N° 6604

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

Antonio Aerre Martins

a fim de ser atendida a requisição de n° 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 de 10/01/2007 passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgarem necessárias findo 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 Dr° 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 fibular 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 diafisária. 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) INSTRUMENTO CONTUNDENTE;
- 3) NÃO;
- 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. Eu, p. Tereza, Escrivão de Polícia dou fé e assino.

José Vivaldo Moreira Feitosa
1º Perito - CREMEC N°: 3367

Marcus Valerius Saboia Rattacaso
2º Perito CRM N° 6604



Emitido por: ROBSON

Emitido em: 24/01/2007 18:29

Pág.: 1

VÍTIMA: ANTONIO AERRE MARTINS
TIPO DE RECLAMANTE: Vítima
DATA DE RECLAMAÇÃO: 30/01/2007
ATENDENTE: GERENTE
SEGURADORA: REAL SEGUROS S/A
NATUREZA: Invalidez Parcial
OBS.:
NÚMERO DO SINISTRO:
TELEFONE: 0800.221204 (FENASEG)
DOCUMENTOS APRESENTADOS: Aviso de sinistro / Autorização de crédito;
Procuração Pública original;
CIC Procurador;
RG Procurador;
Boletim de ocorrência;
DUT;
RG da vítima;
CIC da vítima;
Comprovante de residência oficial da vítima;
Laudo do IML - definitivo;

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

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

Atendente: GERENTE