

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

OUTORGANTE (S): CAMILA MARTINS SILVA, brasileira, solteira, do lar, RG nº 2001010246729 SSPDS, inscrita no CPF nº 037.293.153-74, residente e domiciliada na Avenida Dom Manuel, 759, Centro, Fortaleza – CE.

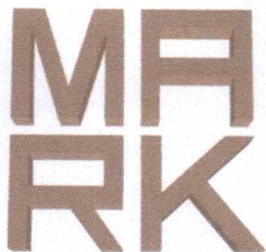
OUTORGADO(s): MARIA AURISTELA RODRIGUES DE QUEIROZ GALDINO, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 8.053, e CPF nº 362.708.573-68, com escritório na Rua Dom Joaquim 518, Centro, nesta Capital.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judicium et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, **Ação de Cobrança c/c alvará Judicial** inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Fortaleza-Ceará, 24 de setembro de 2018.

Camila Martins Silva



IMOBILIÁRIA
CRECI/CE 1209J

Dra. Auristela Queiroz
Advogada - OAB / CE 8.053

Rua Dom Joaquim, 518 - Centro
Fortaleza - Ceará - CEP: 60110-100
Fone: 85 3252.2335 Cel: 85 98550-9290
<http://www.markimobiliaria.com.br/>
E-mail: markconsult.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **CAMILA MARTINS SILVA**, brasileira, solteira, do lar, RG nº 2001010246729 SSPDS, inscrita no CPF nº 037.293.153-74, residente e domiciliada na Avenida Dom Manuel, 759, Centro, Fortaleza - CE. **DECLARO**, que não possuo condições para suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeita, caso inverídico a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Fortaleza-Ceará, 24 de setembro de 2018.

Camila Martins Silva

CAMILA MARTINS SILVA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
3ª VIA - UNIDADE DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

30-65738814-0

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
708 2056 9760 9343

I	1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 708 2056 9760 9343	
	Data e hora do nascimento 2 Data 4 Hora		3 Sexo ☒ M - Masculino ☐ I - Ignorado ☐ F - Feminino	4 Raça cor do Recém-nascido 1 ☒ Branca 3 ☐ Amarela 5 ☐ Indígena 2 ☐ Preta 4 ☐ Parda
II	4 Peso ao nascer em gramas	5 Índice de Apgar 1º minuto 5º minuto	6 Detectada alguma anomalia congênita? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 ☒ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado	
	7 Local da ocorrência 1 ☒ Hospital 3 ☐ Domicílio 5 ☐ Aldeia Indígena 9 ☐ Ignorado 2 ☐ Outros estab. saúde 4 ☐ Outros	8 Estabelecimento Código CNES	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 10 CEP	
III	11 Bairro/Distrito	Código	12 Município de ocorrência	Código 13 UF
	14 Nome da Mãe	15 Cartão SUS		
IV	16 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 3 ☒ Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 ☐ Superior incompleto 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 ☐ Superior completo	Série 9 3º	17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) Código CBO 2002	
	18 Data nascimento da Mãe 17/09/2005	19 Idade (anos) 35	20 Naturalidade da Mãe Município / UF (se estrangeiro informar País)	21 Situação conjugal 1 ☒ Solteira 4 ☐ Separada judicialmente/divorciada 2 ☐ Casada 5 ☐ União estável 3 ☐ Viúva 9 ☐ Ignorada
V	22 Raça / Cor da Mãe 1 ☐ Branca 4 ☐ Parda 2 ☐ Preta 5 ☐ Indígena 3 ☐ Amarela	23 Residência da Mãe Logradouro Número Complemento 24 CEP		
	25 Bairro/Distrito	Código	26 Município	Código 27 UF
VI	28 Nome do Pai	29 Idade do Pai		
	30 Gestações anteriores Nº gestações anteriores Nº de partos vaginais Nº de cesáreas Nº de nascidos vivos Nº de perdas fetais / abortos			
VII	31 Idade Gestacional Data da Última Menstruação (DUM) 1 / 1		32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada 38	33 Método utilizado para estimar 1 ☒ Exame Físico 2 ☐ Outro método 9 ☐ Ignorado
	34 Número de consultas de pré-natal 99 ☐ Ignorado	35 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal 1º	36 Tipo de gravidez 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla ou mais 9 ☐ Ignorado	37 Parto 38 Apresentação 1 ☐ Cefálica 2 ☐ Pélvica ou Podálica 3 ☐ Transversa 9 ☐ Ignorado
VIII	39 O Trabalho de parto foi induzido? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado		40 Tipo de parto 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 9 ☐ Ignorado	41 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não se aplica 9 ☐ Ignorado
	42 Nascimento assistido por 1 ☐ Médico 2 ☐ Enfermeira/Obstetra 3 ☐ Parteira 4 ☐ outros 9 ☐ Ignorado			
IX	43 Data do preenchimento 17/09/2018		44 Nome do responsável pelo preenchimento	
	45 Tipo documento 1 ☐ CNES 2 ☐ CRM 3 ☐ COREN 4 ☐ RG 5 ☐ CPF		46 Nº do documento 47 Órgão emissor	
X	48 Cartório		Código	49 Registro
	50 Data		51 Município	
52 UF				

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL

022a.Delegacia de Policia

Avenida Lobo Junior, 750, Penha, RIO DE JANEIRO,
CEP: 21020-125, TEL.: 2332-1946

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 022-08333/2014

Data/Hora Início do Registro: 26/09/2014 12:42 Final do Registro: 26/09/2014 12:45

Origem: Atendimento Balcão 02214/13435-3 Circunscrição: 022a.Delegacia de Policia

Responsável p/ Investigação: JORGE NAUM CHRISTOFF

Ocorrências

Remoção para Verificação de Óbito

Capitulação:

Motivo Presumido: Ignorado

Data e Hora do fato: 26/09/2014 11:30 e 26/09/2014 11:30

Local: Rua DOUTOR WEISCHENK, 30 Bairro: PENHA Município: RIO DE JANEIRO-RJ

Despacho da Autoridade

Expeça-se a GRC, com a requisição de exame cadavérico.

Efetuem-se pesquisa para identificar a existência de registro acerca do acidente mencionado.

Intimem-se parentes da vítima.

FABIO HENRIQUE DA SILVA MONTEIRO

Envolvido(s)

Testemunha - Remoção para Verificação de Óbito

Nome: ERNESTO RAYMUNDO FILHO - POLÍCIA CIVIL - Comunicante

Carteira funcional Nº 265.516-5 PCERJ

Lotação: 22ª DP

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Estado Civil: Ignorado Ocupação Principal: Policial Civil

Vítima - Remoção para Verificação de Óbito

Nome: PAULO HENRIQUE JORGE MARTINS - IDENTIFICAÇÃO CIVIL NÃO CONFIRMADA Falecido

Identidade Nº 21792913-2 SSP/DETRAN

Outro tipo de endereço: Rua JOAQUIM TOURINHO 219 AP 207 Bairro: PECHINCHA/JACAREPAGUA Município: RIO DE JANEIRO RJ CEP: _____ Telefone Nº: 33125529

Filho de: LUIS SERGIO MARTINS TIMOTEO e MARIA DE FABIA JORGE MARTINS

Data de nascimento: 08/02/1989 Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor:

Branca

Estado Civil: Solteiro(a) Ocupação Principal: Autônomo(a)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL

021a.Delegacia de Policia

Avenida Dos Democráticos, 1322, Bonsucesso, Rio De Janeiro - RJ,
CEP: 21050-000, TEL.: 2334-7440 / 2334-7445

REGISTRO DE OCORRÊNCIA ADITADO

Nº 022-08333/2014-01

Data/Hora Início do Registro: 29/01/2015 10:22 Final do Registro: 29/01/2015 10:47
Origem: Atendimento Balcão 02214/13435-3 Circunscrição: 022a.Delegacia de Policia
Responsável p/ Investigação: RODONALDO PACHECO DE JESUS

Ocorrências

Homicídio Culposo (Lei 9503/97)

Homicídio Culposo (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 302 da Lei 9.503/97

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 11/09/2014 16:30 e 11/09/2014 16:30

Local: Rua DOUTOR WEISCHENK, 30 Bairro: PENHA Município: RIO DE JANEIRO-RJ

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97)

Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 303 da Lei 9.503/97

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 11/09/2014 16:30 a 11/09/2014 16:30

Local: Rua DOUTOR WEISCHENK, 30 Bairro: PENHA Município: RIO DE JANEIRO-RJ

Despacho da Autoridade

Envolvido(s)

Vítima - Homicídio Culposo (outros) (Lei 9503/97)

Nome: PAULO HENRIQUE JORGE MARTINS - IDENTIFICAÇÃO CIVIL NÃO CONFIRMADA Falecido

Identidade Nº 21792913-2 SSP/DETRAN

Outro tipo de endereço: Rua JOAQUIM TOURINHO 219 AP 207 Bairro: PECHINCHA/JACAREPAGUA Município: RIO DE JANEIRO RJ CEP: - Telefone Nº: 33125529

Filho de: LUIS SERGIO MARTINS TIMOTEO e MARIA DE FABIA JORGE MARTINS Data de nascimento: 08/02/1989

Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Estado Civil: Solteiro(a)

Ocupação Principal: Autônomo(a)

Testemunha - Homicídio Culposo (outros) (Lei 9503/97)

Nome: ERNESTO RAYMUNDO FILHO - POLÍCIA CIVIL - Comunicante

Carteira funcional Nº 265.516-5 PCERJ

Lotação: 22ª DP

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Estado Civil: Ignorado Ocupação Principal: Policial Civil

Vítima - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: CAMILA MARTINS SILVA - IDENTIFICAÇÃO CIVIL CONFIRMADA - Hospitalizado (BAM - 04430955)

Identidade Nº 2001010246729 ESTDO DO CEARÁ IFP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
021a. Delegacia de Polícia
Avenida Dos Democráticos, 1322, Bonsucesso, Rio De Janeiro - RJ,
CEP: 21050-000, TEL.: 2334-7440 / 2334-7445

TERMO DE DECLARAÇÃO

Controle Int.: 023339-1021/2015

Procedimento: 022-08333/2014

Data: 29/01/2015 às 11:04

Nome: CAMILA MARTINS SILVA (Vítima)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: FORTALEZA

Nascimento: 17/08/1985

Cor: Branca

Sexo: Feminino

Profissão: Atendente

Estado Civil: Companheiro(a)

Documento: 2001010246729 ESTDO DO CEARÁ IFP, emissão em 04/06/2001

Filiação: JOSE NEUDO DE CARVALHO SILVA e VANIA MARIA MARTINS SILVA

Endereço Residencial:

Rua JOAQUIM TOURINHO, 219 - 207,

PECHINCHA JACAREPAGUA - RIO DE JANEIRO, RJ - Brasil

Tel.: 2133125529 - Celular: 21991230532

Costumes: Nada.

Contradita (SEM):

Compromisso Legal: Prestado.

Inquirido, DISSE:

QUE comparece nesta delegacia em resposta à intimação recebida; QUE, no dia 11/09/2014, estava na Linha Amarela, na garupa da motocicleta Honda 125 Fan, placa KPH1179, conduzida pelo companheiro PAULO HENRIQUE JORGE MARTINS, quando um carro colidiu com a traseira da referida motocicleta, provocando a queda da mesma; QUE não se lembra de nada depois disso; QUE acordou no Hospital Municipal Lourenço Jorge, na mesa de cirurgia; QUE, posteriormente, soube que seu companheiro PAULO veio a falecer; QUE, no momento do acidente, estava grávida de sete semanas; QUE, atualmente, está grávida de seis meses; QUE PAULO é o pai da criança; QUE deseja representar em face do autor do fato, caso este seja identificado futuramente.

3150 877 713 - Nupado

3170 434 419 - aberto

Topa autenticação este na
processo 3150434955 (Paulo camponho)

fls. 16

DOCUMENTO 17%



004852



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SESEG - SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Registro Policial n.º 9889 - Delegacia 21.º DP

Este Boletim deve ser encaminhado URGENTE à Delegacia da jurisdição.

MUNICÍPIO: <u>Rio de Janeiro</u>		DATA: <u>11/09/14</u> HORA DO ACIDENTE: <u>17:30</u>	
DIA DA SEMANA: <u>Quinta Feia</u>		LOCAL: <u>R. AMARELA</u>	
CONDIÇÕES DO TEMPO: <u>Bom</u>			
SINALIZAÇÃO: BOA ☒		DEFICIENTE ☐ SEM SINALIZAÇÃO ☐	
TIPO DE ACIDENTE	ATROPELAMENTO ☐	CAPOTAMENTO ☐	CHOQUE ☐
	ABALROAMENTO ☐	TOMBAMENTO ☒	COLISÃO ☐
VEÍCULO Nº (1) (3) TIPO: <u>Motociclo</u> COR: <u>Preta</u> MARCA: <u>APRILIA</u> ANO: <u>2008</u>			
PLACA Nº: <u>KPH 1179</u> CIDADE: <u>RJ</u> ESTADO: <u>RJ</u>			
PROPRIETÁRIO: <u>WILLINTON DA SILVA</u>			
ENDEREÇO: <u>RES. CONTRAN N. 310/09</u>			
VEÍCULO Nº (2) (4) TIPO: <u>/</u> COR: <u>/</u> MARCA: <u>/</u> ANO: <u>/</u>			
PLACA Nº: <u>/</u> CIDADE: <u>/</u> ESTADO: <u>/</u>			
PROPRIETÁRIO: <u>/</u>			
ENDEREÇO: <u>/</u>			
MOTORISTA Nº (1) (3) NOME: <u>Paulo Henrique Jorge Martins</u>			
ENDEREÇO: <u>R. Joaquim Teófilo nº 219 AP 204</u> CIDADE: <u>P. V.</u>			
ESTADO: <u>RJ</u> IDADE: <u>24</u> SEXO: <u>Masculino</u> ESTADO CIVIL: <u>-</u>			
IDENTIDADE Nº: <u>NÃO FOI PASSIVEL</u> CARTEIRA DE HABILITAÇÃO Nº: <u>NÃO FOI PASSIVEL</u>			
PRONTUÁRIO Nº: <u>11</u> EXPEDIDA PELO ESTADO: <u>11</u>			
CATEGORIA: <u>IV</u> EXAME MÉDICO VÁLIDO ATÉ: <u>11/11/14</u>			
MOTORISTA Nº (2) (4) NOME: <u>/</u>			
ENDEREÇO: <u>/</u> CIDADE: <u>/</u>			
ESTADO: <u>/</u> IDADE: <u>/</u> SEXO: <u>/</u> ESTADO CIVIL: <u>/</u>			
IDENTIDADE Nº: <u>/</u> CARTEIRA DE HABILITAÇÃO Nº: <u>/</u>			
PRONTUÁRIO Nº: <u>/</u> EXPEDIDA PELO ESTADO: <u>18 MAIO 2015</u>			
CATEGORIA: <u>/</u> EXAME MÉDICO VÁLIDO ATÉ: <u>/</u>			
VÍTIMA (1) (3) NOME: <u>Paulo Henrique Jorge Martins</u>			
ENDEREÇO: <u>R. Joaquim Teófilo nº 219 AP 204</u> CIDADE: <u>PERINHA</u>			
IDADE: <u>24</u> CIDADE: <u>RJ</u> ESTADO: <u>RJ</u>			
SEXO: <u>Masculino</u> FERIMENTO: <u>/</u> LEVES: ☐ GRAVES: ☒ FATAIS: ☐			
REMOVIDA PARA: <u>HUGO SOB BAM 777278</u>			

DECRETO Nº 4.118 de 18 mai 81 - DO do Estado do RJ nº 92 de 19 mai 81 - Bol da PM nº 64 de 21 mai 81.

Obs.: As 1ª e 3ª vias brancas são destacáveis e enviadas para a Delegacia.

DECLARACAO DOS CONDUTORES

ESTAMOS DE ACORDO COM O QUE ESTA CONTIDO NESTE DOCUMENTO

M. Hospital ZAPP

1. CIDADÃO

2. CIDADÃO

3. CIDADÃO

4. CIDADÃO

5. CIDADÃO

6. CIDADÃO

7. CIDADÃO

8. CIDADÃO

9. CIDADÃO

10. CIDADÃO

11. CIDADÃO

12. CIDADÃO

13. CIDADÃO

14. CIDADÃO

15. CIDADÃO

16. CIDADÃO

17. CIDADÃO

18. CIDADÃO

19. CIDADÃO

20. CIDADÃO

21. CIDADÃO

22. CIDADÃO

23. CIDADÃO

24. CIDADÃO

25. CIDADÃO

26. CIDADÃO

27. CIDADÃO

28. CIDADÃO

29. CIDADÃO

30. CIDADÃO

31. CIDADÃO

32. CIDADÃO

33. CIDADÃO

34. CIDADÃO

35. CIDADÃO

36. CIDADÃO

37. CIDADÃO

38. CIDADÃO

39. CIDADÃO

40. CIDADÃO

41. CIDADÃO

42. CIDADÃO

43. CIDADÃO

44. CIDADÃO

45. CIDADÃO

46. CIDADÃO

47. CIDADÃO

48. CIDADÃO

49. CIDADÃO

50. CIDADÃO

51. CIDADÃO

52. CIDADÃO

53. CIDADÃO

54. CIDADÃO

55. CIDADÃO

56. CIDADÃO

57. CIDADÃO

58. CIDADÃO

59. CIDADÃO

60. CIDADÃO

61. CIDADÃO

62. CIDADÃO

63. CIDADÃO

64. CIDADÃO

65. CIDADÃO

66. CIDADÃO

67. CIDADÃO

68. CIDADÃO

69. CIDADÃO

70. CIDADÃO

71. CIDADÃO

72. CIDADÃO

73. CIDADÃO

74. CIDADÃO

75. CIDADÃO

76. CIDADÃO

77. CIDADÃO

78. CIDADÃO

79. CIDADÃO

80. CIDADÃO

81. CIDADÃO

82. CIDADÃO

83. CIDADÃO

84. CIDADÃO

85. CIDADÃO

86. CIDADÃO

87. CIDADÃO

88. CIDADÃO

89. CIDADÃO

90. CIDADÃO

91. CIDADÃO

92. CIDADÃO

93. CIDADÃO

94. CIDADÃO

95. CIDADÃO

96. CIDADÃO

97. CIDADÃO

98. CIDADÃO

99. CIDADÃO

100. CIDADÃO

PMERJ BPVE/P73

ATESTO QUE A PRESENTE XEROX É

CÓPIA FIEL DO DOCUMENTO ORIGINAL

73-01-15

GRAD/RG

VEÍCULO (A) (3) Retrevisando (60) (LE)

VEÍCULO (2) (4)

10/05/2011

00485

VÍTIMA (1) (2) NOME: CAMILA MARTINS SILVA
 ENDEREÇO: R. Joaquim Tourinho 219 AP 207
 IDADE: - CIDADE: RJ ESTADO: RJ
 SEXO: FEMININA FERIMENTO: - LEVES: ☐ GRAVES: ☒ FATAIS: ☐
 REMOVIDA PARA: H.M.RJ SOB BAM 4430995

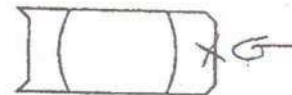
TESTEMUNHAS (NO MÍNIMO DUAS)

NOME: _____	IDENTIDADE Nº: _____
ENDEREÇO: _____	CIDADE: _____
NOME: _____	IDENTIDADE Nº: _____
ENDEREÇO: _____	CIDADE: _____
NOME: _____	IDENTIDADE Nº: _____
ENDEREÇO: _____	CIDADE: _____

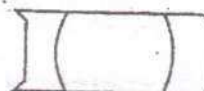
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE:

Seg. Mot. 02 - HOSPITALIZADO

IMPACTOS E AVARIAS
VEÍCULO (3)



VEÍCULOS (2) (4)



Indique com SETAS os pontos de IMPACTOS e com X as AVARIAS.

CROQUI

- 1 - Loque o (s) veículo (s) dando as condições de marcha com seta.
- 2 - Loque o obstáculo (muro ou poste) em que o carro bateu.
- 3 - Identifique a via pública.

- ☐ CASA
- ☐ OBSTÁCULO NA PISTA
- ☐ POSTE
- ☐ MURO
- ☐ PESSOA

VEÍCULOS

LOCAL: DESFEITO POR
OP. DA VIA

TRANSPARENZA

18 MAIO 2015

DATA 11/09/2014

[Assinatura]
 ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE POLICIAL
 (letra de imprensa)

NOME: MORENO

POSTO GRADUAÇÃO OU CARGO: 356T662

OPM: 3PUE

DECRETO Nº 4.118 de 18 mai 81 - DO do Estado do RJ nº 92 de 19 mai 81 - Bol da PM nº 64 de 21 mai 81.

Obs.: As 1ª e 3ª vias brancas são destacáveis e enviadas para a Delegacia.

As 2ª e 4ª vias azuis são para arquivos da OPM.

Emitido por: RENATA/MC

SETOR: POLITRAUMA

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE

04430955

CAMILA MARTINS SILVA

RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO

X

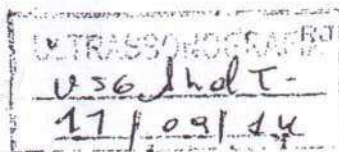
LAMSA TEC MARCOS ANDRE

Tel.:

11 09 2014 17 43

PECHINCA

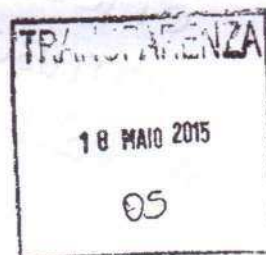
17/08/1985



18:00h

P I Tinha pela LAMSA com relato de queda de motocicleta. Reforça perda de consciência (com caput). Reforça estar grávida de 2 meses.

- (A) UAP / Colar cervical
- (B) AR = MU + m + RS
- (C) FC = 90 bpm PA = 100 x 60 mmHg
- (D) ECG 14



(E) Abdominal plano, fígado, baço, rins, pâncreas e próstata em posição normal. Fratura exposta e fratura de fêmur (com a perna). Ferida contusa e com sangramento.

G- Reparo volume (1000 e RL)
2 curativos menores
Hct / Tg / Proteína / Permeabilidade / Permeabilidade / Permeabilidade
Ultrassom abdominal e pélvico + βHCG
TC crânio
Análise GO / BMT / SOT.

Compare com a original

Helena S. Araújo
Ag. Administração - MLO
Metr. 12/212897-3

RS 29/12/14

Rafael José M. D. Lopes
Cirurgião Geral
CRM 52.75234-7

Dipnóia 4-
Tuberculose 20
Transtorno 50

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Conuila Martins Silva

vítima de acidente de trânsito, em 11/09/14, sofreu:

Fratura Exposta do fêmur Esq
 Fratura dos ossos do punho Esq Aperto
 CID- S72.2 S82.2

e submeteu-se a tratamento(s): Cirurgico

osteossintese
 Redução e fixação das fraturas
 fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
 com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatrizes múltiplas
 Dor e fadiga muscular
 Encurtamento do membro
 Marcha claudicante quando
 tenta deambular. Não
 deambula, locomover em
 cadeira de rodas. Com prme
 rimento funcional grave

17/03/16

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.

CREMEC
 Francisco Mardônio Salmito de Almeida
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - 4411

18:35h

Após repasse com cartão PD 2 120 x 90 - H.
do uso Abdo

Rafael José M. D. Lopes
Cancerologia Cirúrgica
Coloproctologia
CRM 27.75234-7

SOT

Recebeu o furo de dor no m.m.s. que
fura de m.m.s.

De Bed e processos na base D e
o furo com controle da pele D e deformidade
no furo, d.p., com D.

- Co. De col cervical H e Bed
- De trax H
- De coxa D e D H e Bed
- De joelho D e D H e Bed

tempo com a
original

Heloisa C. S. Araújo
Ag. Administração - M.D.
Matr. 127212997-3

RS, 29/12/14



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479572

A/C: CAMILA MARTINS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170434419 ASL-0307692/17

Vítima: CAMILA MARTINS SILVA

Data Acidente: 11/09/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01995/01996 - carta_03



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 interdita 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

Camila Martins Silva

CPF da Vítima

037.293.153-74

Data do Acidente

11.09.2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(85) 99842510

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.

Fortaleza, 30 de Dezembro de 2017

Local e Data

X Camila Martins Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

037.293.153-74

Nome completo da vítima

Camila Martins Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Camila Martins Silva		CPF titular da conta 037.293.153-74	Profissão Atendente
Endereço Av. Ulisses Guimarães		Número 1208	Complemento
Bairro Iparana	Cidade Caucaia	Estado CE	CEP 61627510
Email			Telefone (DDD) (85)99842510

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☒ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
7137

D/V

CONTA

NRO.
39030

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 30 de Dezembro de 2017
Local e Data

x Camila Martins Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

14/09/14

CPF DA VÍTIMA

034.993.153-74

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

☒ VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

E-MAIL

21, 98669 4352

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

04/01/18

IDENTIDADE

Carolina Estanislau Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

04/01/18

NOME

Maclides S. Brito

ASSINATURA

Carolina Estanislau Sousa

ASSINATURA

Maclides S. Brito

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CARTEIRO DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO
SÉRGIO PINTO CARDOSO
 Respeitável Sr. Expediente
 Jacarepagua - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
PAULO HENRIQUE JORGE MARTINS SILVA

MATRÍCULA
093336 01 55 2015 1 00871 100 0137822 78

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
 Dezesete de abril de dois mil e quinze.

HORA
 10:03

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
 Rio de Janeiro - RJ

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
 Rio de Janeiro - RJ

LOCAL DE NASCIMENTO
 Hospital

SEXO
 Masculino

FILIAÇÃO
 CAMILA MARTINS SILVA

AVÓS
 Avós maternos: JQSE NEUDO DE CARVALHO SILVA e VANIA MARIA MARTINS SILVA. x-x-x

GÊMEO
 NÃO

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS
 x-x-x

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO
 Vinte e sete de abril de dois mil e quinze.

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
 30657388140

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
 Dispensadas as testemunhas, na forma do artigo 737 da Consolidação Normativa da Corregedoria Geral de Justiça deste Estado. Local do Nascimento - HMLJ-MATERNIDADE LEILA DINIZ - Barra da Tijuca. Registro feito no Livro A-00871, Folha 100, Termo 137822. x-x-x

12ª Circunscrição do Reg. Civil de Pessoas Naturais
 Sérgio Pinto Cardoso
 Rio de Janeiro - RJ
 Av. Geremário Dantas 142 - Lj A - Jacarepagua
 (21) 3392-1596

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Rio de Janeiro, 27 de abril de 2015

SUELY ALVES BAHIA DA CRUZ











