

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARIA ROCILDA TORRES, portador da carteira de identidade nº 2006021010498 e inscrito no CPF sob o nº 414.120.363-72, residente e domiciliado no endereço RUA TAMPICO, Nº395, PARQUE GUADALAJARA-CAUCAIA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 08 de JUNHO de 2018.

α Maria Rocilda Torres

DECLARANTE

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: MARIA ROCILDA TORRES			
Carteira de Identidade: 2006021010498		CPF n.º: 414.120.363-72	
Residência: RUA TAMPICO, Nº395			
Bairro: PARQUE GUADALAJARA	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.650-210

OUTORGADO:

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

PODERES:

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

Fortaleza, 08 de JUNHO de 2018.

Maria Rocilda Torres

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLÍCIA DINILTO

Maria Rocilda Torres

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006021010498 DATA DE EXPEDIÇÃO 6/2/2006

NOME MARIA ROCILDA TORRES

FILIAÇÃO JOAO SIQUEIRA CAMPOS E MARIA DA S DORES PEDROSA

NATURALIDADE CAPISTRANO-CE DATA DE NASCIMENTO 29/3/1948

DOC ORIGEM CEPT. CASAM. 833 L B03 F

11 MANITUBA QUIXERAMOBIM/CE

CPF ID. 814678

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
414.120.363-72

Nome
MARIA ROCILDA TORRES

Nascimento
29/03/1948

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAR/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

AQUOR CORRETORA

13 MAR 2018

DE SEGUROS LTDA.



Nº de Inscrição:
004866339

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO SIQUEIRA PEDROSA
End. Leitura: RU TAMPICO, 395, PARQUE GUADALAJARA
Cidade: CAUCAIA CEP: 61650-210
End. Entrega:
Cidade:
Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0018 Lote: 0384 CEP: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00 Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 002 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A05L080521	615	623	8	8

DATAS

Leitura Atual: 22/12/2017 Emissão: 22/12/2017 Lacre Água: 9999999999
Leitura Anterior: 23/11/2017 Próxima Leitura: 23/01/2018 Lacre Esgoto: 4744574

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	149	149	048	149	149
Analisadas	166	166	166	166	166
Em conformidade	164	161	160	162	166

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (001/14 A SET/15): 12 m³ | META: 20 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)
65,80
57,76

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
dez/16	7	5
jan/17	6	4
fev/17	6	4
mar/17	8	6
abr/17	8	6
mai/17	7	5
jun/17	8	6
jul/17	8	6
ago/17	7	5
set/17	9	7
out/17	8	6
nov/17	9	7

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,18
COFINS	5,90

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	136,60
VALOR DO SUBSÍDIO	13,04
VALOR TOTAL A PAGAR	123,56

MÊS/ANO
12/2017

VENCIMENTO
11/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
123,56

I:356615075721469 L:0294 H:11:01:13 R:090 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA

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



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortalecidas: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 585 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



AQUOR CORRETORA
13 MAR 2018
DE SEGUROS LTDA.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE Ocorrência N° 118 - 87 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2018 15:27:19**
Data / Hora da Ocorrência: **20/12/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TAUBATÉ**
Complemento: **PRÓX. AO TRILHO**
Bairro: _____ Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A FEIRA DA JUREMA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ROCILDA TORRES**
Nascimento: **29/03/1948** CPF: **414.120.363-72**
RG: **2006021010498** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES PEDROSA**
JOÃO SIQUEIRA CAMPOS
Endereço: **RUA TAMPICO, 395**
Bairro: **PARQUE GUADALAJRA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99244-5538**

Histórico

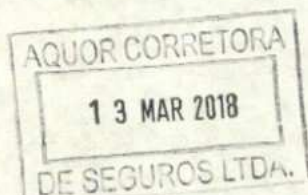
Informa a noticiante que na data, hora e local informados, ia atravessar a Rua Taubaté quando foi atingida por uma motocicleta; Que só lembra que ficou caída no chão; Que o motoqueiro prestou socorro; Que foi socorrida para o Hospital do Conjunto Ceará e depois foi encaminhada para o IJF; Que devido ao acidente, fraturou o nariz e deslocou o osso da face; Que apresentou nesta Delegacia prontuário do Hospital Nossa Senhora da Conceição nº5064958 e Registro do IJF nº 5542486; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Ariane Carvalho
ARIANE CARVALHO ROCHA DE MORAIS - MAT.: 30093216

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Rocilda Torres

VISTO DO DELEGADO(A): Lucas Silva Machado
LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 996 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/03/2018 11:25:26**
Data / Hora da Ocorrência: **20/12/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TAUBATÉ**
Complemento:
Bairro: **JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A FEIRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ROCILDA TORRES**
Nascimento: **29/03/1948** CPF: **414.120.363-72**
RG: **2006021010498** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES PEDROSA**
JOÃO SIQUEIRA CAMPOS
Endereço: **RUA TAMPICO, 395**
Bairro: **PARQUE GUADALAJRA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99244-5538**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD4730** UF: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C6KG0460F0107575 Renavam: **1024122910** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FAZER YS250** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ANTONIO DA SILVA BARBOSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

EM ADITAMENTO AO BOLETIM DE Ocorrência Nº 118-87/2018 REGISTRADO NESTA DELEGACIA, A DECLARANTE INFORMA OS DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO EM SEU ATROPELAMENTO, SENDO UMA MOTOCICLETA MARCA YAMAHA/FAZER YS250, DE COR PRETA, DE PLACA PMD-4730. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO TADEU MAGALHÃES OLIVEIRA - MAT.: 092757-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*** Maria Rocilda Torres**

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE
NOME: MARIA ROCILDA TORRES
RUE: 10800684 8831821

DADOS PESSOAIS
NASCIMENTO: 29/03/1948 (69 ANOS)
SEXO: F
MUNICÍPIO: CAUCAIA
CEP: 61.652-190

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO: TRAUMATISMO CABECA - TRAUMA OLHO E ORBITA
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLUCEMIA: NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
PATRICIA DE OLIVEIRA BASTOS DIAS

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
20/12/2017 18:26:46

DIAGNÓSTICO
EMERGÊNCIA ADULTO

ATENDIMENTO MÉDICO
Vitória de Albuquerque
Escrivas e boas condições em
foco

PROCEDIMENTO
CO: 08

PRESCRIÇÃO MÉDICA
MÉDICAMENTO: *antivir*

Tipo de Alta/Saída
DECISÃO MÉDICA: () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
TÍTULO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

Assinatura do Médico Especialista
Claudia Rodrigues

Data e Hora da Assinatura
20/12/17

Assinatura do Paciente ou Responsável
[assinatura]

Observações
so por PATRICIA DE OLIVEIRA BASTOS DIAS em 20/12/2017 às 18:26:49
so serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

paciente comparece com escuridão, edema
lesões em face, super cílio E- Encaminhada à cirurgia para realizar
Aguarda transferência para IJF.

MARIA ROCILDA TORRES

AQUOR CORRETORA
13 MAR 2018
DE SEGUROS LTDA.

Carla Virginia Varela
Enfermera
COREN 459,142

23/4564 otinigungsch par
I 7 F m m m m m m m m
do SAMU. Adria
Adria Ferreira de Souza
ENFERMEIRA
tel. 223 350



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE **HOSPITALAR**

Emitido em: 21/12/2017 0:35:57

Por: DENISE SALES ARCANJO

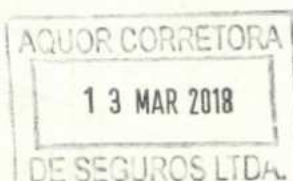
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708006848881821	NOME: MARIA ROCILDA TORRES			Registro: 5542486		DATA/HORA: 21/12/2017 00:20:21	
CPF: 41412036372	RG: 20060210104	D. NASC: 29/03/1948	ESTADO CIVIL:		SEXO: F	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: MARIA DAS DORES PEDROSA		NOME DO PAI: JOAO SIQUEIRA CAMPOS					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: GREGORIO VERIDIANO DA SILVA		Nº: 114	BAIRRO: JOSE AIRTON MACHADO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICIPIO: QUIXERAMOBIM	UF: CE	CEP: 63800000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SANDRA MARIA //samu usb 71 condutor renalid		PARENTESCO: AMIGA		TELEFONE: 966598969			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre. Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: Vítima de atropelamento por moto com história de síncope. TRAUMA em face. Orientada dor em MSE.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala do Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



Arquivo Geral UF
Esta cópia Confere
Com a Original
DATA 18/01/2018
MARCULADO
maria julia
Marta Julia Pinto

PARECER MÉDICO 1			
EXAME CLÍNICO: <i>BNF: Paciente com trauma na face, apresentando edema periorbitário e traço médio de face.</i>			
<i>chissu: boel satisfatória, mobilidade labial preservada. FX e cm</i>			
<i>① - # 12: eltto cominada de FX e cm ② D.O. + ALTA BNF</i>			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<i>BNF</i>	<i>21/12/17 AS 01:40</i>	<i>Alta BNF</i>	<i>[Assinatura]</i>
PARECER MÉDICO 2			
EXAME CLÍNICO:			
<i>[Assinatura]</i> <i>Dr. Maria Sampaio Almeida Junior</i> <i>Ortopedia Maxilo Facial</i> <i>3166</i>			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
PARECER MÉDICO 3			
EXAME CLÍNICO:			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
PARECER MÉDICO 4			
EXAME CLÍNICO:			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
PARECER MÉDICO 5			
EXAME CLÍNICO:			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Glicemia = 175mg/dl às 06:40h</i>		<i>[Assinatura]</i> <i>13 MAR 2018</i> <i>DE SEGUROS LTDA</i>	
TIPO DE ALTA / SAÍDA			
OBSERVAÇÃO:		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO	
☐ Decisão médica ☐ Á Pedido ☐ Evasão			
☐ Transferência ☐ Internação ☐ Óbito			
INTERNAÇÃO			
PROCEDIMENTO:		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO	
ÓBITO			
CARIMBO E ASS. DO MÉDICO		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO	
DESTINO DO CORPO:			
☐ IML ☐ SVO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável: _____)			

Arquivo Geral LP
Esta cópia contém
DATA 18 01 2018
MATRÍCULA 001113
maria julia ruiro



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 25

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: MARIA ROCILDA TORRES

ID Paciente: 5542486

Data de Nascimento: 29/03/1948

Idade: 69 anos

Sexo: F

Médico Solicitante: JEFERSON LUCENA

Data do Exame: 21/12/2017

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservada
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Fraturas de Face
- Bleforohematoma E

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914



Arquivo Geral UP
Esta Cópia Confere
Com a Original
DATA 18/01/2018
MARCIA JULIA PINTO
MARCIA JULIA PINTO



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"

Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: MARIA ROCILDA TORRES		ID Paciente: 5542486
Data de Nascimento: 29/03/1948	Idade: 69 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: JEFERSON LUCENA		Data do Exame: 21/12/2017

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

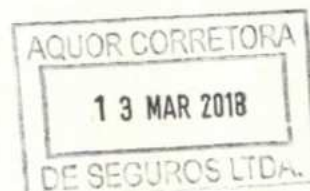
TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura interessando:

Asa maior do esfenóide E
Zigoma e Arco zigomático E
Maxilar E
Laminas papiráceas a E
Ossos nasais
Bleforohematoma E
Hematosinus

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914



Arquivo Geral
Esta cópia confere com a Original
DATA 18/01/2018
MARIA ROCILDA TORRES
MARIA ROCILDA TORRES

unisen: 12610022656.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
Rua 1018 N° 148 4ª Etapa Bairro: Conjunto Ceará CEP: 60.532-690
CNPJ: 04.886.197/0006-59 INSC MUNICIPAL: 200.012.1 Fone: 3452.6701



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Ao Hospital:

Profissional de Contato:

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

Procedência:

HDA:

Exame Físico:

Diagnóstico Inicial:

Justificativa:

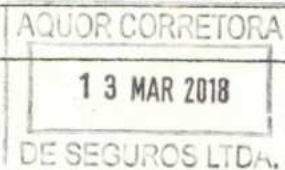
Chefe da Equipe

Conduta do Hospital referenciador:

Fortaleza/CE, ____ de ____ de ____

Fortaleza/CE, 20 de 12 de 12

Dra. Claudia Rodrigues
Assinatura do Médico
CPF: 220.284.203-91



Assinatura do Médico

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Carta nº: 12674170

A/C: MARIA ROCILDA TORRES

Nº Sinistro: 3180116246
Vítima: MARIA ROCILDA TORRES
Data do Acidente: 20/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RONALDO ALVES DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA ROCILDA TORRES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 00000212-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

