PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: TIAGO FERREIRA BESERRA, brasileira, solteiro, pedreiro, portador do RG número 2005099010358 SSP/CE, inscrito no CPF sob o número 033.848.043-92, residente e domiciliado a Rua C, Nº 137, Vila Neuma, Iguatu - Ceará, CEP: 63.500-000.

OUTORGADO(S): Diego Victor Lobo Silveira, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 25.815, **Eurijane Augusto Ferreira**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o número 16.326 e **Ligia Samara Albuquerque Pinto**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o número 22.902, ambas, com endereço profissional à Av. Dr. José Holanda Montenegro, número 315, Bairro Centro, CEP: 63.500-013, Iguatu – Ceará.

PODERES: Para a cláusula "ad judicia", bem como ainda perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo assinar documentos, dar informações, esclarecimentos, contraditar testemunhas, oferecer contestação, replicar, apresentar recursos, conciliar, transigir, e em especial requerer qualquer Ação perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive em caráter irretratável e irrevogável, substabelecendo e demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Iguatu - CE, 03 de Novembro de 2015.

Tiago Ferreira Beserra

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240208.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu: **TIAGO FERREIRA BESERRA,** brasileira, solteiro, pedreiro, portador do RG número 2005099010358 SSP/CE, inscrito no CPF sob o número 033.848.043-92, residente e domiciliado a Rua C, N° 137, Vila Neuma, Iguatu - Ceará, CEP: 63.500-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 03 de Novembro de 2015.

Tiago Ferreira Beserra

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240208.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TALÃO Nº _____ PAG. _____

ESTADO DO Ceará

MUNICÍPIO DE Lavras da Mangabeira

DISTRITO DE Amaniutuba

REGISTRO CIVIL

NASCIMENTO Nº 5.544

Antônio Amâncio Pereira Oficial do Registro Civil de Amaniutuba, por nomeação legal, etc;

Certifica que às fls. 075 do livro nº A / 6 de registro de nascimento foi feito hoje o assento de Tiago Ferreira Beserra

nascido(a) aos 24 de Março de 1.987 às 23:00 horas em este distrito do sexo masculino de cor x

Filho(a) de Edigar Beserra da Silva e Francely Ferreira da Silva

sendo avós paternos João Beserra da Silva e Maria Lica Beserra

e maternos Francisco Ambrósio Ferreira e Joana Ferreira Borges

Foi declarante o pai do registrado, e serviram de testemunha José Edmilson Beserra e Francisco José de Mendonça

OBSERVAÇÃO: Registro feito aos 27-03-1.987; (2a-via)

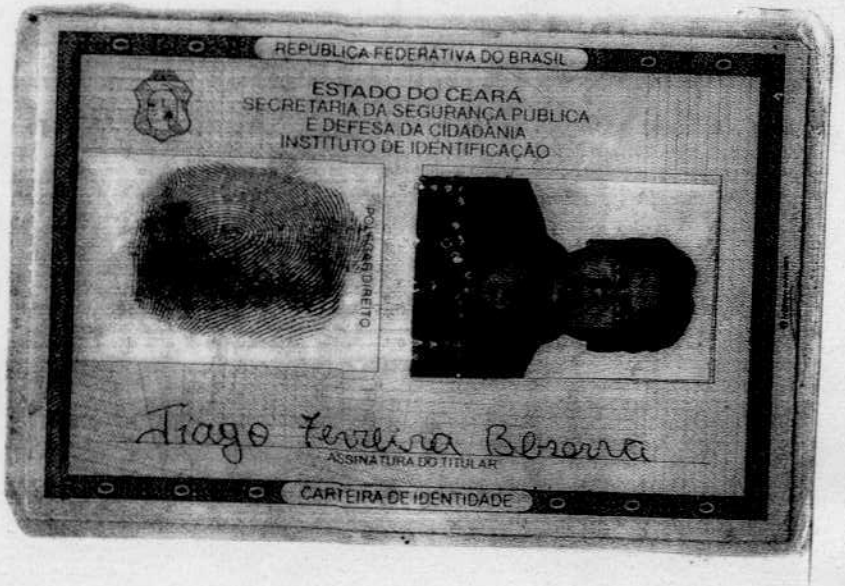
O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

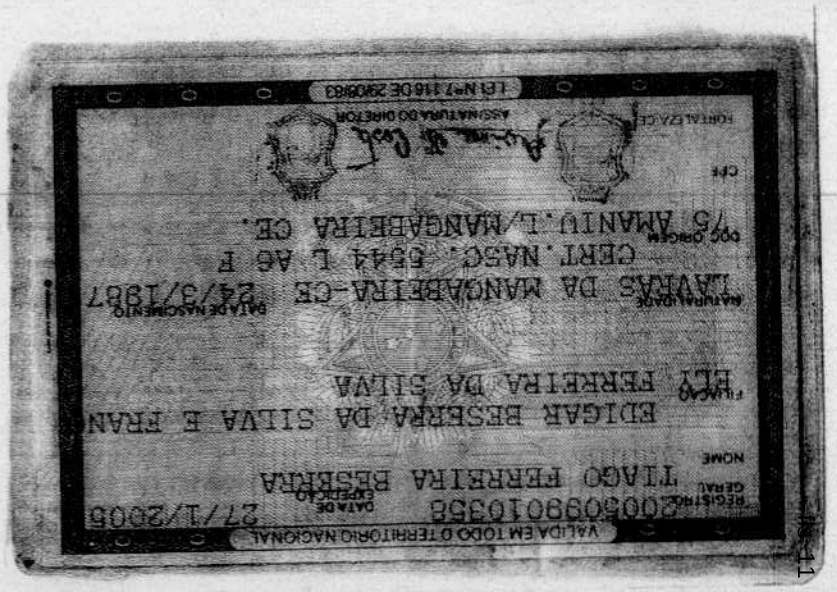
Amaniutuba, Ce. 03 de Janeiro de 2005

Selo de Autenticidade CERTIDÃO Segunda Via Segundo Traslado AB 272446

O Oficial

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240209.





Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240209.

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 033.848.043-92

Nome da Pessoa Física: TIAGO FERREIRA BESERRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **18:15:06:** do dia **05/11/2012** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8BC0.5FFB.A7F5.1817**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240209.

SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU — CONTA D'AGUA

Rua Eng. Wilton Correia Lima, 772 - Joaquim Távora - Iguatu - Ceará

CEP: 63.500-000 - C.N.P.J.: 07.508.138/0001-45

Fones: (88) 3566.7700 / 195 (Gratuito)

INSCRIÇÃO	CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO EM	NF/CONTA	EMISSÃO	MÊS/FAT.
0026304.8	PAR	100	T-1	001	27/05/10	110241266	18/10/2011	OUT/2011

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

TIAGO FERREIRA BEZERRA
RUA C VILA UNIAO, 137
VILA NEUMA
IGUATU

CEP: 63.500-000
CEARA

LOCALIZAÇÃO
00.00.13.0000009550

ENDEREÇO DE ENTREGA — LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA

HIDRÔMETRO	DATA INSTALAÇÃO
A10X079844	04/08/2010
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA
00014	13/09/2011
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA
00015	14/10/2011
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO
00001	031
OCORRÊNCIA	LEITURISTA
000	008

SERVIÇOS E TARIFAS

CÓD	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
001	AGUA			13,40
018	Multa por Atraso - 09/2011			0,27
027	Encargos (09/2011) 10 dias			0,10

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS FAT.	CONS.	OCORR.	MÊS FAT.	CONS.	OCORR.
ABR/11	00002	000	MAI/11	00003	000
JUN/11	00002	000	JUL/11	00001	000
AGO/11	00002	000	SET/11	[illegible]	[illegible]

MÉDIA 00002

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos

Data: 11/10/11

Reservatório	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fluor	Col. Total
Parâmetros	ETA COCOBO					
Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Obtidos	10	7,37	2,05	2	0,8	0

MENSAGENS

Prezado Cliente, informamos que o SAAE já dispõe de agência virtual. Para ter acesso aos serviços cadastre seu CPF no escritório do SAAE e em seguida acesse: www.saaeiguatuce.com.br.

MULTA	ENCARGOS DIÁRIOS	MÊS(ES) EM DÉBITO
2%	0,28 0,033%	0,01

VENCIMENTO 28/10/2011 — VALOR R$ 13,77

Fone (81) 2121 2300 - CLS: 181 - 085.703 - PDV6580679 CDR / SAAE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 2240209.

Em 07 de novembro de 2012.

Ofício Nº 01/2012
Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Analista de Seguros
DELPHOS Serviços Técnicos S/A
Rio de Janeiro – RJ

Sr(a) Dr(a) Analista

Através do presente, faço chegar às mãos de Vossa Senhoria, os documentos abaixo indicados, para fins de pagamento do seguro obrigatório DPVAT por minha invalidez, os quais vão abaixo regularmente indicados, a saber:

01 – Original da **Autorização de Pagamento**;
02 – Cópia autenticada do **Boletim de Ocorrência Policial**;
03 – Cópia autenticada do **Laudo de Exame de Sanidade;**
04 – Declaração de Acidente de Trânsito expedida pelo Polícia Rodoviária Federal;
05 - **Boletim de Atendimento Hospitalar**;
06 - Atestado Médico do traumatologista;
07 – Cópia da **Cédula de Identidade e CPF;**
08 – **Comprovante de Residência**.

Obs.: Meu telefone para contato: (88) 3581-1280

Ao ensejo apresento-lhe votos de estima, consideração e apreço.

TIAGO FERREIRA BESERRA
CPF 033.848.043-92

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 12/11/11 | Vítima TIAGO FERREIRA DE SOUSA

CPF 038.848.047-92 | Seguradora MAPFRE SEGUROS S/A

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome TIAGO FERREIRA DE SOUSA ☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência RUA E

nº 137 Complemento Bairro VILA NEUMA

Cidade IGUATU UF CE CEP 63.500-000 Telefone para contato 88 - 9919 - 6812

Preencha com [X] para documentação entregue
Preencha com ■ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- [X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- [X] Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- [X] CPF da vítima
- [X] Comprovante de residência da vítima
- [X] Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- [X] Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- [ ] Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- [ ] Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- [ ] Alvará Judicial **(se for o caso)**

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- [ ] Procuração
- [ ] Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- [ ] CPF
- [ ] Comprovante de residência

ATENÇÃO

- **O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.**
- **Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias – previsto para pagamento – será interrompido.**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT –

Nº DO SINISTRO _____ **(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **TIAGO FERREIRA BESERRA** PORTADOR / A DA RG Nº **2005099010358** EXPEDIDO POR **SSP/CE** EM **27/01/2005** CPF / CNPJ Nº **033.848.043-92** PROFISSÃO **Pedreiro** E RENDA MENSAL DE R$ **622,00** NA **QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A** DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA **TIAGO FERREIRA BESERRA**, AUTORIZO A **SEGURADORA MAPFRE SEGUROS S/A** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

(X) **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
Nº BANCO **237** Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0455-3**
Nº CONTA CORRENTE **24.835-5**

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO **237** Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO **001** Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº BANCO **341** Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
Nº BANCO **104** Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO 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.

Iguatu/CE, 05 de novembro de 2012

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Tiago Ferreira Beserra

ATENÇÃO:
- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R$ 13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares** (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse **www.dpvat.com.br** ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 7099 / 2011

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2011 11:45:14**
Data / Hora da Ocorrência : **12/11/2011 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060 KM 390 - SITIO VACA MORTA ZONA RURAL IGUATU /CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIGAR BESERRA DA SILVA**
Nascimento : **07/04/1950**
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: **JOÃO BESERRA DA SILVA**
MARIA LICA BESERRA
Endereço: **TV AMALIA BRASIL II 165**
VILA MOURA 63500000
IGUATU CE BRASIL. Telefone:

Nome: **TIAGO FERREIRA BESERRA**
Nascimento : **24/03/1987**
CNH: **04907093977** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE** - CPF: **03384804392**
Filiação: **EDGAR BESERRA DA SILVA**
FRANCELI FERREIRA DA SILVA
Endereço: **TV AMALIA BRASIL II 165**
VILA MOURA
IGUATU CE BRASIL Telefone: **92541104**

Histórico

Informa a noticiante que na data acima mencionada, o noticiante e seu filho Tiago, estavam no veiculo HONDA CG 125 FAN, placa NRD 2570, sendo que seu filho era o condutor, quando um trator colidiu com o veiculo em que ambos estavam e logo em seguida passando por cima das pernas da vitima Tiago;

Noticiante(s)

Nome : **EDIGAR BESERRA DA SILVA**
Endereço : **TV AMALIA BRASIL II 165**
Bairro : **VILA MOURA 63500000**
Município/UF : **IGUATU CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
MATRÍCULA: 028161-1-3
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Tiago Ferreira Beserra
VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Pericia Forense do Estado do Ceará - Pefoce
Nucleo de Pericia Forense da Região Centro-Sul
Plácido Sobreira Silva

Registro nº. 686/2012 *Digitado em : 20/10/2012*
Livro nº:06. Pág: 460 *Digitado por: Jaqueline Silva*
Enviar para: ***DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU/CE***

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO
(SANIDADE)

Aos 10 dias do mês de julho do ano de 2012, nesta cidade de Iguatu – CE, e na sede do Núcleo de Pericia Forense da Região Centro-Sul, pelo Supervisor de Pericias Médicas e Odontológicas, Dr. Francisco Regis de Alencar Miranda, foi designado o perito ***DR. CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS, CREMEC 5609,*** *para proceder a exame de corpo de delito (SANIDADE) em* ***TIAGO FERREIRA BESERRA,*** *a fim de ser atendida a requisição da guia de nº. 479-641/2012, emitida pela Delegacia Regional de Iguatu/CE, descrevendo com a verdade e com todas as circunstancias o que encontrar descobrir e observar, respondendo aos seguintes quesitos:* ***PRIMEIRO****: Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias;* ***SEGUNDO****: Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função;* ***TERCEIRO****: Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente. Em consequência, às 10h09min do dia 10/07/2012, passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:*

HISTÓRICO: *Periciando retornando para realização de exame de sanidade em relação ao de lesão corporal em 30/03/2012. Traz cópia de relatório médico, assinado e carimbado pelo Dr. Sandro Lima Siqueira(CRM 7234) onde consta alta hospitalar definitiva com sequela de 30% da função.* ***AO EXAME PERICIAL:*** *deambula com claudicação e limitação da flexo-extensão do quadril direito.* ***RESPOSTAS AOS QUESITOS:*** ***1º)SIM; 2º)SIM, DEBILIDADE PERMANENTE DE FUNÇÃO DEAMBULATÓRIA E 3º)SIM, DEFORMIDADE PERMANENTE PELA CICATRIZ CIRÚRGICA.*** *E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente laudo, que lido e achado conforme, segue devidamente assinado.*

DR. CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS
MÉDICO PERITO LEGISTA CREMEC 5609

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
Ideici Ulle Costa
Supervisor Administrativo
PEFOCE - Centro-Sul
AA 266832

CARTÓRIO ASSUNÇÃO
2º OFÍCIO
Certifico que esta fotocópia de fotografia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, conferido (a), autenticado (a) nos termos do art. 2º do Decreto Lei nº 2.148 de 25 de abril de 1.940.
Iguatu 05 NOV 2012 Ceará
Expedito Willian de Araújo Assunção - Notário
Fádia Maria de A. Assunção Lima - Substituta
Maria Ivaneide Gomes - Escrevente
Francisco Alberto Vieira - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

XAH8 03 AUTENTICAÇÃO Nº FD 065.137

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará PMCE
Polícia Rodoviária Estadual

DECLARAÇÃO

Declaro que o veículo abaixo discriminado envolveu-se em um acidente de trânsito, no dia 12 / 11 / 2011, na Rodovia CE 060, Km 390, no município de SOBRAL, por volta de _____ horas.

O proprietário do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Polícia Rodoviária Estadual, **munido de fotocópias da habilitação do condutor ou proprietário do veículo e do CRLV(Documento do Veículo). A certidão será solicitada e fornecida no horário de 08:00 às 14:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O recebimento da Certidão será em 05 (cinco) dias úteis, após a data da solicitação feita na sede da PRE.**

CONDUTOR		
MARCA	MODELO DO VEÍCULO	PLACA – UF
HONDA	CG 125 FAN	NRD - 2570

12/11/2011 SGT PM
Comandante da Guarnição
MF.: 23 28 1-4 PMCE

End. Aristóbulo Quevedo Nº. 195, Maraponga - Fortaleza – CE.
TEL: 85-8707-7024 / 85-3433-7010

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

ANEXO I

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hiago Leo

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Hiago Ferreira Bezerra

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1987

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Iranielly Ferreira da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Trav. Amalia Brasil 02. 21 Meruoca

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Iguatu

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente politraumatizado em acidente de trânsito. com fratura de fêmur.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Raio x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura do fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Pino de cirurgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: 1 Traumatismo

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 1/4/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. [illegible] TRAUMATOLOGIA CRM - CE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Gráfica: Realce (88) 3681-0555

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 20:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

SUS

Nº Prontuário

Enf. | Leito

Notas Sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente devendo toda Anotação ser Assinada pelo Profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
12/11/11	Paciente com quadro de [illegible] to [illegible] encaminhado a [illegible] Internado para cirurgia. Sem queixas álgicas.	
11	Liberado cirurgia	
12.11.11	Liberado cirurgia	

Dr. Pedro Aquino
TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 8274

Dr. [illegible]
CRM 2093

13

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
19/11	+ fratura diafisária do fêmur + aguarda cirurgia. Dr. Pedro Aquino ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 8274	
20/11	- Fratura diafisária - aguarda cirurgia. Dr. Pedro Aquino ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 8274	
21.11.11	Aguarda cirurgia Dr. Antonio Ortopedia - Traumatologia	
25/11/11	Pós bau, 8/XI/11	
27-11-11	Recebe em Juízo Dr. Antonio Alberto Ferreira Ortopedia Traumatologia	
28/11	Alta c/ dor, deambulando Dr. Francisco Rodrigues	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUATU-CE - SECRETARIA DE SAUDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL

ENDERECO: EDILSON DE MELO TÁVORA, S/N ESPLANADA II USUÁRIO: HRI

Nº Protocolo: 201111150020

Cliente: TIAGO FERREIRA BEZERRA End.: IGUATU

P. Resp.: SANDRO LIMA SIQUEIRA Data Guia: 15/11/2011 Data Cad.: 15/11/2

Convênio: APARTAMENTOS Data Nasc: Não info. Idade: Não Info.

SETOR: HEMATOLOGIA

EXAME: HEMOGRAMA

Resultado:

Série Vermelha.

Eritrócitos: 3,79 milhões p/mm³	Hemoglobinas: 11,20 g/dL	Hematócritos: 33,90 %
Valores de Referência Homem:de 4,5 a 6,0 milhões p/ mm3 Mulher:de 4,0 a 5,5 milhões p/ mm3	Valores de Referência Homem:de 13,5 a 18,0 g/dL Mulher:de 11,5 a 16,0 g/dL	Valores de Referência Homem:de 42 a 52% Mulher:de 37 a 47%

VCM: 89,45 fl	HCM: 29,55 pg	CHCM: 33,04 %	RDW: 12,80 %
Valores de Referência de 80 a 97 fl	Valores de Referência de 27,0 a 32,0 pg	Valores de Referência de 31 a 36 %	Valores de Referênci de 10.a 15 %

Observações: HEMACIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.

Série Branca

Contagem de Leucócitos: 15000 Normal: de 4.500 a 10.000 p/mm3

	Resultado %	Resultado mm3	Valores de Ref. %	Valores de Ref. mm3
Neutrófilos	79	11850	55 a 68	2.050 a 7.300
Blastos	0	0	0	0
Promielócitos	0	0	0	0
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0	0
Bastões	3	450	0 a 1	0 a 100
Segmentados	76	11400	0 a 5	0 a 500
Eosinófilos	0	0	43 a 67	1.935 a 6.700
Basófilos	0	0	1 a 4	45 a 400
Linfócitos T.	13	1950	0 a 1	0 a 100
Linfócitos A.	0	0	20 a 35	900 a 3.500
Monócitos	8	1200	0	0
			4 a 10	180 a 1.000

Contagem de Plaquetas 191.000 por mm3. Valores de Referência:de 150.000 à 450.000

Observação Série Branca:
NAO FOI ENCONTRADO EOSINOFILO EXTRA-CONTAGEM.
AUSENCIA DE GRANULACOES TOXICAS NOS NEUTROFILOS.

Observação Série Plaquetária:

MARY ANUZE B. G. DE MENDONCA CRF:1178

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

HOSPITAL REGIONAL HRI IGUATU-CE

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE IGUATU

NOME Tiago F. Lopes

Paciente de acordo do

Trânsito em dia 14/11/11 com

queda de forma diferente de

fêmur direito. Todo recebido alta

definitiva em dia 03/07/16.

Apresenta sequela de grau leve

em 30%

Sandro Lima Siqueira
CRE MEC 7434
Ortopedia e Traumatologia

DATA 05/07/16

MÉDICO CRM

Trabalhando para crescer

RECEITUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255920168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

ESTADO DO CEARÁ

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FOR DO DOMICÍLIO

ORGÃO EMITENTE

ANEXO AO PEDIDO Nº

PACIENTE

NOME Tiago Freire Bezerra

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

RESIDÊNCIA

DATA DE NASCIMENTO / /

ACOMPANHANTE

NOME

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

RESIDÊNCIA

RELAÇÃO COM O PACIENTE

1 - Histórico da Doença Atual Sequela de fratura do fêmur direito com discrepância de fêmur (D) de 4,0 cm.

2 - Exame Físico

- Diagnóstico Provável Sequela de fratura de fêmur D — CID T93.1

- Exame(s) Complementare(s) Realizado(s) - Anexar Cópias

Rx / Escanometria

- Tratamento(s) Realizado(s)

Osteomintex com placa

- Tratamento / Exame Indicado:

Alongamento femoral (D)

- Duração Provável do Tratamento:

01 ano

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 22402QA.

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO EXAME NA LOCALIDADE ATRAVÉS DO SUS

Paciente do município de Santa Quitéria

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DO ACOMPANHANTE

Em virtude do paciente ser

TRANSPORTE RECOMENDÁVEL:

Terrestre

JUSTIFICAR:

OUTRAS ANOTAÇÕES:

LOCAL: Sobral

DATA: 31 / 10 / 13

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. Frederico Menezes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10378 RQE 5142

ASSINATURA E CARIMBO - CRM

PARECER DA DIVISÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

LOCAL

DATA / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

CLINICA RADIOLÓGICA DR. ALCIDES BARREIRA
C.N.P.J. 07.811.227/0001-66
RAIOX E ULTRASONOGRAFIA

DIRETORES:

DR. RICARDO A. A. BARREIRA — **CRMCE: 6379**
DR. RÊNE H. BARREIRA — **CRM: 543**

Dr. João Pessoa, 514 Fone: (88)3581-0013 Iguatu-Ceara

Exame Radiológico de: Tiago Ferreira Beserra
Exame Solicitado: RX ESCANOMETRIA
Médico Solicitante: Dr.
Convênio: P. Data: 31/10/13

LAUDO:

ESCANOMETRIA

O escanograma demonstra que o membro inferior esquerdo é maior que o direito 4,0cm.

Dr. Ricardo Alcides A. Barreira
Radiologista
CRM - 6379

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

SINISTRO 2012590121 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO FERREIRA BESERRA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
BENEFICIÁRIO TIAGO FERREIRA BESERRA
CPF/CNPJ: 03384804392

Posição em 03-11-2015 10:16:40
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
05/12/2012	R$ 2.531,25	R$ 0,00	R$ 2.531,25

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.

Delphos DPVAT

Login

HOME DPVAT ENTREGA PROCESSOS DOCS. BÁSICOS NORMAS / LEGISLAÇÕES MATERIAL DE SERVIÇO CONSULTA AVISO DE SINISTRO RELATÓRIOS

Exibição do Status de Regulação

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2014.

Boletim Nº ..: 054340/2014
Seguradora...: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

A/C: TIAGO FERREIRA BESERRA

SEGURO D.P.V.A.T.

Ref: Pagamento de Invalidez - Relatório de Auditoria

Prezado(s) Senhor(es),

Informamos que os documentos complementares enviados anteriormente foram encaminhados para a Seguradora Líder, a qual procedeu com a reanálise médica do seu processo, nos retornando nesta data com o seguinte parecer:
"Conduta mantida. O indenizado encontra-se a contento em se considerando os critérios de invalidez apresentados. Não há dado novo que justifique alteração de parecer anterior. "

N.Sinistro	Nome da Vítima	Natureza
2012590121	TIAGO FERREIRA BESERRA	Invalidez

Cordialmente

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Voltar

Acessar Processo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 09/06/2016 às 00:00 , sob o número 01426255620168060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0142625-56.2016.8.06.0001 e código 224020A.