

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10752968

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177975 ASL-0119608/17**

**Vítima: MARIA GECILDA DO AMARAL**

**Data Acidente: 27/11/2015**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10780250

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177975 ASL-0119608/17  
Vitima: MARIA GECILDA DO AMARAL  
Data Acidente: 27/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

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 **Investprev Seguradora S/A** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11151826

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177975 ASL-0119608/17  
Vitima: MARIA GECILDA DO AMARAL  
Data Acidente: 27/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML 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 **Investprev Seguradora S/A** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260577

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

**Sinistro:** 3170177975 ASL-0119608/17  
**Vítima:** MARIA GECILDA DO AMARAL  
**Data Acidente:** 27/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11287055

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

**Sinistro:** 3170177975 ASL-0119608/17  
**Vítima:** MARIA GECILDA DO AMARAL  
**Data Acidente:** 27/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de for



m dados de terceiros  
a no recebimento.

EU, Maria Geralda do AmaralPORTADOR(A) DO RG Nº 2003387106-0 EXPEDIDO POR SSP CE EM 14/01/17CPF 6196504303-49 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO da lar

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Geralda do Amaral AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA,
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e/ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Caixa Economica Federal

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0743 N° da CONTA (com dígito, se existir) 38403-0

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

Procurati 17 de Fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

Maria Geralda do Amaral

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## 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 sobre o valor pago na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da lesão, de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o 0800-032200.

INVESTIDOR  
20 MAR 2017  
ENTRADA



INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA

626-307-325-73  
Autorização de Pagamento.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

**CARTORIO JORGE ALMEIDA**

INVESTIR

26 JUN 2017

ENTRADA

3º Ofício de Registro de Imóveis, Tabelionato de Notas, Protesto de Títulos, Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Cíveis das Pessoas Jurídicas

CNPJ Nº 02.854.159/0001-07

Titular: *Jorge Luis Portela de Almeida*

LIVRO 017

FOLHAS 200

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ E ASSINA, COMO DECLARANTE MARIA GECILDA DO AMARAL, NA FORMA ABAIXO EXPRESSA:

SAIBAM quantos este público instrumento virem que, aos vinte e nove (29) dias, do mês de maio do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, ao cartório sito à Rua Barão de Messejanas, nº 1209, compareceu, perante mim, Tabela Substituta, Márcia Santos da Silva, as partes entre si, justas e contratadas, a saber: de um lado como outorgante declarante: **MARIA GECILDA DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, do tar. não alfabetizada, portadora da cédula de identidade de nº 2007787106-0 SSPDS-CE, inscrita no CPF sob o nº 626.504.323-49, residente e domiciliada na Rua C, nº 4303, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, assina a rogo pela mesma ser analfabeta **LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, doméstica, portadora da cédula de identidade de nº 2002010486744 SSPDC-CE, inscrita no CPF sob o nº 027.469.763-74, residente e domiciliada na Vila Rafael, nº 2608, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, reconhecidos como os próprios por mim Substituta, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fê. E, pela OUTORGANTE DECLARANTE, na forma como vem representada, me foi DECLARADO para todos os fins e efeitos, especialmente para fins de Seguro DPVAT, que não há estabelecimento do IML no Município de sua residência, declara ainda estar ciente de que a autorização para realização da perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la caso discorde de seu conteúdo. A declarante manifesta claramente que autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações prestadas a seguir: Crédito em Agência 0743, Operação 013, Conta Poupança nº 00038408-0, Caixa Econômica Federal, a declarante informa que a conta mencionada é de sua titularidade, uma vez efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização, para que produza os efeitos jurídicos, ainda informa que sua conta não possui limite de movimentação financeira, limite de depósito ou nenhum outro impedimento para crédito de indenização de seu processo DPVAT. Estando ciente de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirá a Seguradora dos prejuízos dela decorrente, além de

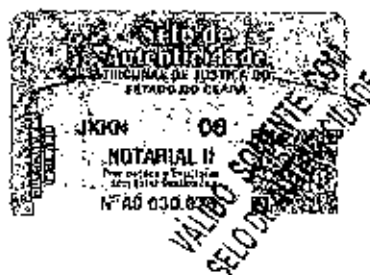


responder criminalmente por esta infração do art. 299 do Código Penal. E de contra assim o disseram, e outorgaram dou fé, pediram-me e eu lhes lavrei esta escritura, cumprindo todas as exigências legais e fiscais inerentes a legitimidade deste ato, a qual foi lida pelas partes, e por acharem-na em tudo conforme, aceitam e assinam, e que foi testemunha do presente ato, simultaneamente do seu princípio ao fim, **ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA**, brasileiro, casado, servente, portador da cédula de identidade nº 2002010065153 SSPDC-CE, inscrito no CPF de nº 015.122.793-40, residente e domiciliado na Travessa Salgado Filho, nº 426, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará; Escritura lavrada de acordo com o provimento 08/2014 da Corregedoria Geral da Justiça. Assina a rogo **LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL** e como testemunha **ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA**. Está conforme o original e trasladada hoje, dou fé. Aracati-CE, 29 de maio de 2017. Eu, Márcia Santos da Silva, Tabeliã Substituta, a digitei, subscrevi e assinei em público e raso de que uso.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

MÁRCIA SANTOS DA SILVA  
TABELIÃ-SUBSTITUTA

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

INVESTPREV  
26 JUN 2017  
ENTRADA

OFÍCIO - ARACATI-CE	TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO	
	EMOLUMENTOS	6,00
	FERMOJU	2,00
	SELO	1,00
	ISS	
	FAADEP	
	TOTAL	
Nº SELO		
VIAJES		

0119608/17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 165 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 12/01/2016 13:58:31  
Data / Hora da Ocorrência : 27/11/2015 15:35:00  
Endereço da Ocorrência: R A

VILA RAFAEL ARACATI / CE

Ponto de Referência:



Documento de Identificação

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: MARIA GECILDA DO AMARAL  
Nascimento : 04/08/1963  
RG: 20077871060 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: NC  
ANA FRANCISCA DO AMARAL  
Endereço: VL RAFAEL RUA C 4233  
VARZEA DA MATRIZ 62800000  
ARACATI CE BRASIL Telefone:

Histórico

QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS FOI VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE SEGUIA EM SUA BICICLETA QUANDO VEIO A SER COLHIDA POR UM VEÍCULO MOTOCICLO DE PLACA NOR 1675/ARACATI-CE, COR VERMELHA, QUE DEVIDO A COLISÃO VEIO AO SOLO, QUE FOI SOCORRIDA POR PESSOAS QUE ESTAVAM PROXIMO A LOCAL E LEVADA AO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO DIAS APRESENTANDO TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

CIDORGETON PINHEIRO DA SILVA - MAT.: 405181-1-8

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Cecilda do Amaral, portador da carteira de  
identidade nº 2063383106-0 e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 62650432349, residente e domiciliado na RUA:  
Vila Rafael, .. Cidade Araçatuba, Estado  
SP, 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:

- ☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza  
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 a 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  
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

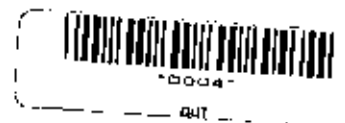
Maria Cecilda do Amaral

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Araçatuba, 20 de Março de 2017

Local e data

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Geilda do Amaral, portador da carteira de identidade nº 2003383106-0 e inscrito no CPF/ME sob o nº 63650432349, residente e domiciliado na RUA: Ubirajara, Cidade Araçatuba, Estado SP, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou  
☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Geilda do Amaral  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Araçatuba, 20 de Março de 2017  
Local e data

INVESTIGAR

02 JUN 2017

ENTRADA

declaração de inexistência de IML



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

**CARTORIO JORGE ALMEIDA**

INVESTPREV

26 JUN 2017

ENTRADA

3º Ofício de Registro de Imóveis, Tabelionato de Notas, Protesto de Títulos, Ofício de  
Registro de Títulos e Documentos e Cíveis das Pessoas Jurídicas  
CNPJ Nº 02.854.159/0001-07  
Titular: *Jorge Luís Portela de Almeida*

LIVRO 017

FOLHAS 200

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ E ASSINA, COMO  
DECLARANTE MARIA GECILDA DO AMARAL, NA FORMA ABAIXO  
EXPRESSA:

SAIBAM quantos este público instrumento virem que, aos vinte e nove (29) dias, do mês de maio do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, ao cartório sito à Rua Barão de Messejanas, nº 1209, comparecei, perante mim, Tabela Substituta, Márcia Santos da Silva, as partes entre si, justas e contratadas, a saber: de um lado como outorgante declarante: **MARIA GECILDA DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, do lar, não alfabetizada, portadora da cédula de identidade de nº 2007787106-0 SSPDS-CE, inscrita no CPF sob o nº 626.504.323-49, residente e domiciliada na Rua C, nº 4303, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, assina a rogo pela mesma ser analfabeta **LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, doméstica, portadora da cédula de identidade de nº 2002010486744 SSPDC-CE, inscrita no CPF sob o nº 027.469.763-74, residente e domiciliada na Vila Rafael, nº 2608, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará; reconhecidos como os próprios por mim Substituta, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé. E, pela **OUTORGANTE DECLARANTE**, na forma como vem representada, me foi **DECLARADO** para todos os fins e efeitos, especialmente para fins de Seguro DPVAT, que não há estabelecimento do IML no Município de sua residência, declara ainda estar ciente de que a autorização para realização da perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la caso discorde de seu conteúdo. A declarante manifesta claramente que autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações prestadas a seguir: Crédito em Agência 0743, Operação 013, Conta Poupança nº 00038408-0, Caixa Econômica Federal, a declarante informa que a conta mencionada é de sua titularidade, uma vez efetuando o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização, para que produza os efeitos jurídicos, ainda informa que sua conta não possui limite de movimentação financeira, limite de depósito ou nenhum outro impedimento para crédito de indenização de seu processo DPVAT. Estando ciente de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirá a Seguradora dos prejuízos dela decorrente, além de

responder criminalmente por esta infração do art. 299 do Código Penal. E de copio assim o disseram, e outorgaram dou fé, pediram-me e eu lhes lavrei esta escritura, cumprindo todas as exigências legais e fiscais inerentes a legitimidade deste ato, a qual foi lida pelas partes, e por acharem-na em tudo conforme, aceitam e assinam, e que foi testemunha do presente ato, simultaneamente do seu princípio ao fim, ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA, brasileiro, casado, servente, portador da cédula de identidade nº 2002010065153 SSPDC-CE, inscrito no CPF de nº 015.122.793-40, residente e domiciliado na Travessa Salgado Filho, nº 426, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará; Escritura lavrada de acordo com o provimento 08/2014 da Corregedoria Geral da Justiça. Assina a rogo LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL e como testemunha ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA. Está conforme o original e trasladada hoje, dou fé. Aracati-CE, 29 de maio de 2017. Eu, \_\_\_\_\_ Márcia Santos da Silva, Tabeliã Substituta, a digitei, subscrevi e assinei em público e raso de que uso.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

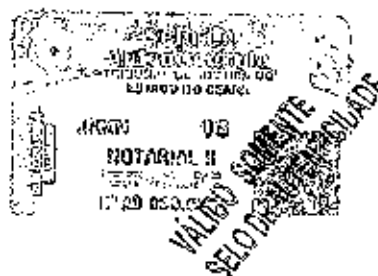
MÁRCIA SANTOS DA SILVA  
TABELIÃ SUBSTITUTA

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

INVESTPREV

26 JUN 2017

ENTRADA



OFÍCIO - ARACATI-CE	TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO
EMOLUMENTOS	
FERMOJU	
SELO	
ISS	
FANDEP	
TOTAL	
Nº SELO	
VIA(S)	



Hospital Municipal Dr. Edilberto de Almeida

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente: ☒ Sim ☐ Não

Trabalho: ☐ Sim ☐ Não

Tráfego: ☐ Moto ☐ Carro  
☒ Outro

AT. IMEDIATO  
EMERGÊNCIA

9 HORAS  
URGÊNCIA

93 HORAS  
POUCA  
URGÊNCIA

VERDE

93 HORAS  
S/ URGÊNCIA

AZUL

Data: 27/11/15

Hora do atendimento: 15:35

Atendente: [assinatura]

Nome: D<sup>o</sup> Jooilto de Almeida

Idade: 53

Sexo: (M) ( ) F ( ) A

Data de nascimento: 17/08/62

RG/CPF/Outros: não trouxe

CADUS: não trouxe

Filiação: Maria Juma

Endereço: Rua São Paulo

Nº:

Telefone: não trouxe

PSF:

ACS:

T: \_\_\_\_\_ °C

PA: 130 x 80 mmHg

FC: \_\_\_\_\_ bpm

FR: \_\_\_\_\_ lpm

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Nível de consciência: ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Confuso

( ) Desorientado

ECG: \_\_\_\_\_

Alergias:

ninguém

Violência:

( ) Sim ( ) Não

CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

( ) Sim ( ) Não

( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Recorrente

TIPO DE DOR:

( ) Leve ( ) Moderada ( ) Forte ( ) Severa

( ) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento ( ) Consulta com Prof. De nível sup na atenção esp (exeto médico)

( ) Atendimento Médico de urgência em atenção especializada ( ) Atendimento da Atenção Básica

Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico) Lesão em pé E.

Deitado acidentalmente no meio do caminho - cotovelo da direita e mão

Alex Souza Tavares

HT: 1,70m

Enfermeiro(a): Enfermeiro

Encaminhamento: (X) Clínica Médica ( ) Traumatologia

Anamnese (Conduta Médica)

Acidente moto Tiroso  
bras e/ou de fletor do braço  
de direita

Hipótese Diagnóstica

Prescrição de urgência: [assinatura]

Assinatura do executor:

Luis Claudio da Costa Bernardi

Técnico em Radiologia

CRTR nº 017467

( ) Administração de medicamentos na Serviço Especializada

( ) Inalação / Nebulização

( ) Curativo grau I e/ ou s/ debridimento

( ) Curativo grau II e/ ou s/ debridimento

( ) Retirada de pontos de cirurgias básicas

( ) Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

( ) Pequena Cirurgia:

Dr. Marcelo A. Arruda

( ) Outros:

( ) Retirada de Corrimão de suporte auditivo externo

( ) Enema

( ) Sondagem Gástrica

( ) Drenagem de abscesso

( ) Excisão e/ ou sutura simples de pequenas lesões

( ) Excisão de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo

( ) Retirada de corpo estranho subcutâneo

( ) Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento: ( ) Observação ( ) Transfusão ( ) Outros

[assinatura]

INVESTIR  
MAR 2017  
ENTRADA

1726300-0

A Tarifa de Energia Elétrica  
Instituída pela Lei nº 10.438  
de 12 de abril de 2002  
Componente Energético da Conta  
de Energia Elétrica  
CEPEL - Companhia Paranaense de Energia  
S/A - Rua dos Andradas, 1100  
Jardim Botânico - Curitiba - PR - 81250-000

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°** 465334865  
**Rota** 38 243X0 000 000400 J  
**Data da Emissão** 10/02/2017  
**Nome** MARIA GLEICIA DO CARVAL  
**End. Postal** VILA RAFAEL 84233  
- ARACATI - 82800000

**Medidor** 3540-124  
**Posto** 0000 0000  
**Class** 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA TENSÃO  
**Empo de Potência** 0,00  
**RG/CPF/CNPJ** 676504323-49  
**CPF**



Exercício de 12 meses

DADOS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Mês da Faturação	Data da Apresentação	Próxima Letura	Confiabilidade	Interrupção
Feve/2017	10/02/2017	13/03/2017	99,99%	0,00
ICMS			Apreciação Individual	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Margem	Trib. Anual
12,00	12,00%	1,44	1,00	1,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	1,00
			FIC	1,00
			DMIC	1,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO				
Tel. Atend.	Lei Antidota	Consumo (kWh)	Custo Unit.	Valor (R\$)
011 3333 3333	12,00	12,00	1,00	12,00

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	13,01
MULTA MONITORIA RLF 02/2017	0,28
CORREÇÃO MONITARIA DO MÊS	0,11
JURO% DO MÊS	0,45
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	0,00
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-FARIPIA BAIXA TENSÃO	0,99
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-21,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Consumo	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)		
Consumo base em kWh por consumidor de energia elétrica	Consumo base em kWh por consumidor de energia elétrica	Consumo base em kWh por consumidor de energia elétrica
24,93	0,00	0,00

CONTAS EM ATRASO	
Valor em atraso	40,00

Para a Luz Energia, este valor é inferior ao valor no prazo de entrega, mas representa pagamento. Assim, este valor é o valor a ser pago pelo consumidor. Fornecedor: Luz Energia S/A.

Nº da Conta: 1726300-0  
Data da Emissão: 10/02/2017  
Nº da Nota Fiscal: 465334865  
Referência: Fev 2017  
Valor a Pagar (R\$): 0,00  
Nº do Controle: 000120000 0000 0000 00

PARA LUMI ENERGIA: Este valor é inferior ao valor no prazo de entrega, mas representa pagamento. Assim, este valor é o valor a ser pago pelo consumidor. Fornecedor: Luz Energia S/A.

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA





Comprovante de Arrecadação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

**CARTORIO JORGE ALMEIDA**

INVESTIDOR

26 JUN 2017

ENTRADA

3º Ofício de Registro de Imóveis, Tabelionato de Notas, Protesto de Títulos, Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Cíveis das Pessoas Jurídicas

CNPJ Nº 02.854.159/0001-07

Titular: *Jorge Luis Portela de Almeida*

LIVRO 017

FOLHAS 200

**ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ E ASSINA, COMO DECLARANTE MARIA GECILDA DO AMARAL, NA FORMA ABAIXO EXPRESSA:**

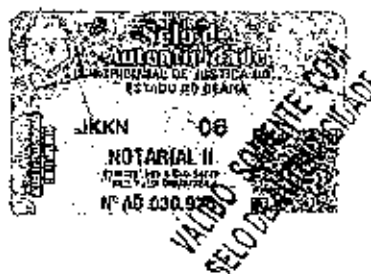
SAIBAM quantos este público instrumento virem que, aos vinte e nove (29) dias, do mês de maio do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, ao cartório sito à Rua Barão de Messejanas, nº 1209, compareceu, perante mim, Tabela Substituta, Márcia Santos da Silva, as partes entre si, justas e contratadas, a saber: de um lado como outorgante declarante: **MARIA GECILDA DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, do lar, não alfabetizada, portadora da cédula de identidade de nº 2007787106-0 SSPDS-CE, inscrita no CPF sob o nº 626.504.323-49, residente e domiciliada na Rua C, nº 4303, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, assina a rogo pela mesma ser analfabeta **LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL**, brasileira, solteira, maior, doméstica, portadora da cédula de identidade de nº 2002010486744 SSPDC-CE, inscrita no CPF sob o nº 027.469.763-74, residente e domiciliada na Vila Rafael, nº 2608, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará; reconhecidos como os próprios por mim Substituta, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé. E, pela **OUTORGANTE DECLARANTE**, na forma como vem representada, me foi **DECLARADO** para todos os fins e efeitos, especialmente para fins de Seguro DPVAT, que não há estabelecimento do IML no Município de sua residência, declara ainda estar ciente de que a autorização para realização da perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la caso discorde de seu conteúdo. A declarante manifesta claramente que autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações prestadas a seguir: Crédito em Agência 0743, Operação 013, Conta Poupança nº 00038408-0, Caixa Econômica Federal, a declarante informa que a conta mencionada é de sua titularidade, uma vez efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização, para que produza os efeitos jurídicos, ainda informa que sua conta não possui limite de movimentação financeira, limite de depósito ou nenhum outro impedimento para crédito de indenização de seu processo DPVAT. Estando ciente de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirá a Seguradora dos prejuízos dela decorrente, além de

responder criminalmente por esta infração do art. 299 do Código Penal. E de como assim o disseram, e outorgaram dou fê, pediram-me e eu lhes lavrei esta escritura, cumprindo todas as exigências legais e fiscais inerentes a legitimidade deste ato, a qual foi lida pelas partes, e por acharem-na em tudo conforme, aceitam e assinam, e que foi testemunha do presente ato, simultaneamente do seu princípio ao fim, **ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA**, brasileiro, casado, servente, portador da cédula de identidade nº 2002010065153 SSPDC-CE, inscrito no CPF de nº 015.122.793-40, residente e domiciliado na Travessa Salgado Filho, nº 426, bairro Várzea da Matriz, nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará: Escritura lavrada de acordo com o provimento 08/2014 da Corregedoria Geral da Justiça. Assina a rogo **LUCILEIDE RODRIGUES DO AMARAL**, e como testemunha **ALESSANDRO DA SILVA FEITOSA**. Está conforme o original, trasladada hoje, dou fê, Aracati-CE, 29 de maio de 2017. Eu, Márcia Santos da Silva, Tabeliã Substituta, a digitei, subscreei, assinei em público e raso de que uso.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

MÁRCIA SANTOS DA SILVA  
TABELIÃ-SUBSTITUTA

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



OFÍCIO - ARACATI-CE	TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO
	EMOLUMENTOS
	FERMOU
	SELO
	ISS
	PAROEP
	TOTAL
	Nº SELO
DATA	



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA, portador(a) do

RG nº 2003010047200, expedido por SSP/CE, em

22 / 09 / 2009, CPF/CNPJ nº 963.537.673-15,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA GECILDA

DO AMARAL do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

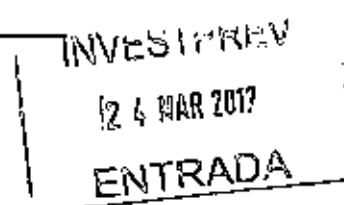
da vítima MARIA GECILDA DO AMARAL, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

Maria Edilma Reboucas da Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## FICHA DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA

A FELUDA DO AMARILLO

SEXO: F.

1358

MÃE: Ona Francisco de Aguiar

DO PAI:

data do Nascimento: 04/10/1963 Naturalidade: Est. Civil: S

Est. Civil: 5

Profissão:

**Óbito:**

Ocorrido em:

**Causa:**

[illegible]

UNIDADE

**ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA**

ASSISTENCIA MEDICA E SANITARIA			
DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratorio - Prescrições	DIAGNOSTICO	RUBRICA
21/08/06	Hernia Epigastrica Solicitado pre operatório		
	Beethoven Landim CUIPROCTOLOGIA CIRURGICA CREMEC 7852		
3/12/16	Ref: Dr. Jovana Hauer F. DPIM 65276/ 01 TACR BOTA 2 PICHAR. 1x PGE - 1 Comprimido - 1 AMINOCAPROATO 1 Flacoide - 1 AZUL - 1 Omeprazol		

ARNDLSTAM

24 MAR 2017

ENTRADA

# HMED

### OBSERVAÇÃO

**Patients:**

**Enf:**

Lehto:

[illegible]

# EVOLUÇÃO MÉDICA

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alter. Hora: \_\_\_\_ Internamento Hospitalar Observação: \_\_\_\_ Transferência: \_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo Médico - CRM**

Assinatura do paciente

WESTPORTY

400

ENTRADA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**RECEITUÁRIO**

Fundo Municipal de Saúde  
CNPJ: 09.650.719/0001-42  
End.: Rua Coronel Pompeu, 583 - Centro  
Aracati - CE - Tel.: (88) 3421-1405

NOME:

MARCELA DA SILVA

ENDEREÇO:

LIC. 0000

Receita nº 12/12

12/12/2017

EXB

→ RITUAL SAKRY  
MÚSICA E ARTE

→ GEL. 0000

→ APOLITE

DR. SERGIO CALIXTO  
MÉDICO

ASSINATURA CARIMBO CRM / CRO

ARACATI-CE 31/12/17

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA





**Aracati**  
ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**RECEITUÁRIO**

Fundo Municipal de Saúde  
CNPJ: 09.550.719/0001-47  
End.: Rua Coronel Pompeu, 583 - Centro  
Aracati - CE - Tel: (88) 3421-1405

NOME: Maria Gorete do

ENDEREÇO: Vila Pefest - Aracati

R<sub>2</sub>

uso oral

Tratamento com  
600mg  
por dia  
as 10h / 20h,  
5 dias

Dra. Tania M. Oliveira Segundo  
Médica  
CRM/AN 8253  
CEM/CE 25-825

ASSINATURA CARIMBO CRM/CRO

ARACATI-CE 11 / 01 / 16

INVESTORFV

24 MAR 2017

ENTRADA



**Aracati**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITÁRIO**

Fundo Municipal de Saúde

CNPJ: 09.650.719/0001-42

End: Rua Coronel Paes, 583 - Centro

Aracati - CE - Tel.: (88) 3421-1405

*Mareia Brasileira do Rio*

*Do* *uso oral*

*17 Biquinil*

*150mg*

*1 comprimido 12/12h,*

*por 15 dias*

*Carolina Maria Oliveira*  
Médico  
CREMEC-16.335

*Carolina*

ASSINATURA CARIMBO CRM/ CRO

ARACATI-CE

*29/12/15*

INVESTPRV

24 MAR 2017

ENTRADA



**Aracati**  
CNPJ: 09.650.719/0001-42

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**RECEITUÁRIO**

Fundo Municipal de Saúde  
CNPJ: 09.650.719/0001-42  
End.: Rua Coronel Pompeu, 583 - Centro  
Aracati - CE - Tel: (88) 3421-1405

NOME: Dr. Brígida Coim

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42 001

1) Ibulofin 600g

2016 12/10

Dr. Brígida Coim  
ASSINATURA: BRÍGIDA COIM CHAT/CRO  
CREMEC 5341

ARACATI-CE 25/01/2016

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA

1992

Went with June

Andersson  
Olofsson.

STUDY IN THE  
STUDY IN THE  
STUDY IN THE

27.11.72

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA

INVESTPREV  
24 MAR 2017  
ENTRADA

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

Polgar Direito

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016

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

Polgar Direito

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016

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

Polgar Direito

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016

RG: 12259784

DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1963

SEXO: M

RAÇA: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: POLÍCIA

ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ, 61.000-000 - FORTALEZA - CE

DATA DE EMISSÃO: 14/01/2011

VALIDADE: 05/01/2016





\*0012\*

Compartilhamento de informações

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

Maria Edilma Rebouças da Silva





Polegar Direito

ENTRADA 24 MAR 2017 INVESTIDOR

22:09:00

ILUSTRO 2003010047200

MARIA EDILMA REBOUCAS DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ RIBAMAR DA SILVA

MARIA LÚCIA REBOUCAS DA SILVA

NATURALIDADE ARACATI - CE

COL. ONGARI

CERT. NASCIMENTO - CARTÉRIO: 1 OFICIO TERMO: 0646 FOLHA: 232V

LIVRO: A-12 ARACATI - CE

SEP 963.537.673-15

20/08/1979

P. 21

2 VIA

CHAMADO DESEMPENHO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a):** MARIA GECILDA DO AMARAL

**Endereço do(a) Examinado(a):** VL RAFAEL, 4233 - 4233 - ARACATI/CE -  
CEP 62800-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 20077871060 - SSP-Ce -  
14/01/2011

**Data e Local do Exame :** 10/07/2017 AV RUI BARBOSA, 1539 -  
FORTALEZA/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)**

Diagnóstico: Pé esquerdo (contusão hallux esquerdo)

Exame Físico: Dor a palpação bolsa hallux esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

Tratada com bota gessada por 30 dias, 5 sessões de fisioterapia e alta medica em janeiro de 2016.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?** ☐ Sim ☒ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

**caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( X ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

( ) “Exame não permite conclusão”

**b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

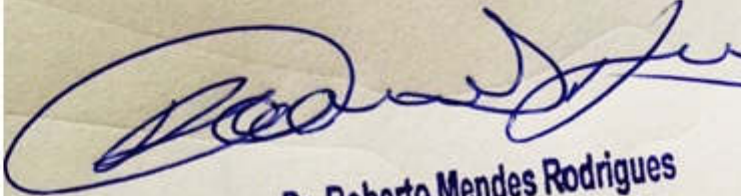
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) Total = “100% da IS”

**V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.**





Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

---

ROBERTO MENDES RODRIGUES CRM : 4600 / UF :CE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170177975 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA GECILDA DO AMARAL **Data do acidente:** 27/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170177975

**Cidade:** Aracati

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA GECILDA DO AMARAL

**Data do acidente:** 27/11/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM HALLUX .

**Descrição do exame médico pericial:** CONTUSÃO EM HALLUX, SEM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS OU MOTORAS. QUEIXA ÁLGICA.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. FEZ FISIOTERAPIA E OBTVEU ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2016, SEM COMPLICAÇÕES OU INDICAÇÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 10/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ROBERTO MENDES RODRIGUES

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARIANE BALLESTER MELLEM KAIRALA

**CRM do médico:** 110984

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





Dr. Alci Barbosa nº. 667 Bairro Nossa Senhora de Lourdes, nesta cidade de Aracati-Ceará, que declara conhecer a mandante, assumindo inteira responsabilidade pela mesma, deixando àquela a sua impressão digital a margem do termo. Fielmente do original, dou fé. Eu, \_\_\_\_\_, Oficiala Substituta, responsável pelo setor, identifiquei o (a) (s) outorgante (s), digitei. O Tabelião, subscreve e assina em sinal público e raso.

Aracati - CE, 14 de fevereiro de 2.017  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Emolumentos: R\$ 29,26  
Fermoju : R\$ 3,69  
FERC..... R\$ 4,75  
ISS..... R\$ 0,87  
FAADEP..... R\$ 1,46  
FRMP..... R\$ 1,46  
Nº do Selo: AC - 841.423  
Via(s)..... : 1ª. Via

Cícero Pessoa da Silva Júnior  
Oficial de Registro Civil  
CPF: 224.088.803-82

"VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE"



INVESTIDOR  
24 MAR 2017  
ENTRADA