
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

Vitima: 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, 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, 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 inicio 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,



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 informadas 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.

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.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11287055

A/C: MARIA GECILDA DO AMARAL

Sinistro: 3170177975 ASL-0119608/17
Vitima: 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),

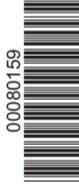
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

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.

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 fuso.

m dados de terceiros
e no recebimento.

Centro de Investigação da DGI

EU, Maria Cecília do AmaralPORTADOR(A) DO RG N° 20011787-106-0

EXPEDIDO POR

SSP/CE

EM 14/01/13

CPF 61916500003-49 /CNPJ 0000000000000000. PROFISSÃO do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais (-) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Cecília do Amaral AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SPCI E 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, outras 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 Lotáticas 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 comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receitaefederal.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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, colando-os ou escrivendo à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações e 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 Econômica Federal - Operações

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

Nº do BANCO 009 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 07412 N° da CONTA (com dígito, se existir) 48403-0

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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Chorati, 17 de Fevereiro de 2013 Maria Cecília do Amaral

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

MAR 2013



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários sobreviventes da pessoa lesionada 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 médica-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0322661.

ENTRADA



INVESTPREV
24 MAR 2017
ENTRADA

Autorizações de Pagamento.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

CARTÓRIO JORGE ALMEIDA

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

CNPJ Nº 02.854.159/0001-07

Titular: *Jorge Luís Portela de Almeida*

INVESTIGAÇÃO

26 JUN 2017

ENTRADA

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 Mesquianas, nº 1209, compareceu, perante mim, Tabelião 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 falar, 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 Agencia 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, ressuscitará a Seguradora dos prejuízos dela decorrente, além de

responder criminalmente por esta instrução do art. 299 do Código Penal. E de certo 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
TABELA SUBSTITUTA

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

REVIEWS
JUN 2017

7-6 JUN 1977

26 JUN
ENTRADA



D.FICIO - ARACATI-CE	TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO
	ENCARTEAMENTOS
	FERMOU
	SELO
	ISS
	FAADEP
	TOTAL
	Nº SELO
VIAÇÃO	

0119608147



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 15:36:00

Endereço da Ocorrência: R. A

VILA RAFAEL ARACATI / CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(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 VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE SEGUIA EM SUA BICICLETA QUANDO VEIO A SER COLHIDA POR UM VEICULO 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 :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

INVESTIGACAO
24 MAR 2017
ENTRADA
Pág. 1 de 1
Impresso em 12/01/2016 02:07

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Imprimiram

Eu, Maria Cecília do Amaral, portador da carteira de identidade nº 20077387106-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 626.504.323-49, residente e domiciliado na RUA: Vila Rafael, Cidade Ananás, Estado Ceará, 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 à 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 Cecília do Amaral da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ananás, 20 de Março de 2017

Local e data

INVESTIGADO	24 MAR 2017	ENTRADA
-------------	-------------	---------



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Cecília do Amaral, portador da carteira de identidade nº 2003387106-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 626.504.323-49, residente e domiciliado na RUA: Stela Rafael, Cidade Ananás, Estado Ceará, 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 invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à 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 Cecília do Amaral

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Ananás, 20 de Maio de 2017

Local e data

INVESTIGAÇÕES

02 JUN 2017

ENTRADA

Declaração de inexistência de IML



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

CARTÓRIO JORGE ALMEIDA

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

CNPJ Nº 02.854.159/0001-07

Titular: *Jorge Luís Portela de Almeida*

INVESTIGADO
26 JUN 2017

ENTRADA

LIVRO 017FOLHAS 200

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

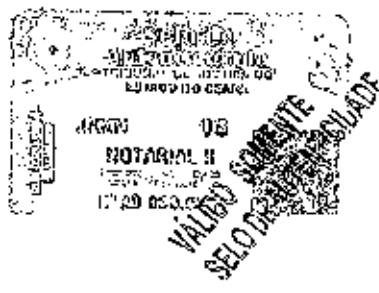
SAIBAM quantos este público instrumento virem que, aos vinte e nove (29) dias, do mês de maio do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, ao cartório sito à Rua Barão de Mesquianus, nº 1209, compareceu, perante mim, Tabelião Substituta, 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 rôgo pela mesma ser analfabeto 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 renuncia 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 Agencia 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 canto assim o disseram, e outorgaram dou fé, pediram-me e eu lhes lavrei esta escritura cumprindo todas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade deste ato, a qual foi lida pelas partes, e por acharem-na em tudo conforme, acitam 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 e rogo LUCILEIDE ROBRIGUES DO AMARAL, 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



TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO	
ENOLUMENTOS	
PERMOJU	
SELO	
ISS	
FAAUEP	
TOTAL	
Nº SELO	A 2177
VIA(S)	

INVESTIGA
26 JUN 2017
ENTRADA

 Aracati <small>ADMINISTRANDO COM TODOS</small>	Hospital Municipal Dr. Edmundo			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA		<input type="checkbox"/> HORA URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> MUITO URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> DAS HORAS POUCA URGÊNCIA
Data: <u>27/11/15</u>		Hora doendimento: <u>5:35</u>		ATENDENTE: <u>DR</u>
Nome: <u>João Henrique Almeida</u>		Idade: <u>53</u>		SEXO: <u>M</u>
Data de nascimento: <u>17/08/1962</u>		RG/CPF/Outro: <u>12345678900</u>		CADÚSUS: <u>2030 1101122</u>
Filiação: <u>Silvana Almeida</u>		Endereço: <u>Vila São Roque</u>		Nº: _____ Telefone: _____
PSF:		ACS:		
T: _____ °C	PA: <u>130 x 80</u> mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ lpm	Glicemia Capilar: _____ mg/dl
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Inconsciente: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado: <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Desorientado		ECG: <u>Normal</u>		Alergias: <u>Nenhum</u> Violência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		() Aguda () Crônica () Recorrente		TIPO DE DOR: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Severa
<p><input type="checkbox"/> Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Consulta com Prof. De nível sup na atenção esp (exceto médico)</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimento Médico de urgência em atenção especializada <input type="checkbox"/> Atendimento da Atenção Básica</p>				
Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Qualixa principal + Anamnese + Exame Físico) <u>Acidente moto fez cair de bicicleta bateu na mão</u>				
Exames: <u>Urgente</u>				
Assinatura do Executivo: <u>Luis Claudio da Costa Barreto</u> <small>Residente em Radiologia</small> <small>CNPJ 12.017467</small>				
Hipótese Diagnóstica: <u>Fractura fibular</u> <u>Wolffian e artrose 3G. Síndrome de Leriche</u>				
<input type="checkbox"/> Administração de medicamentos da Stenop Especializada <input type="checkbox"/> Inalação / Nebulização <input type="checkbox"/> Curativo grau I e/ ou II debridamento <input type="checkbox"/> Curativo grau II e/ ou III debridamento <input type="checkbox"/> Retirada de pontos de cirurgia básica <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia: <u>Dr. Maikel R. Arruda</u> <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Retirada de Cervim de cônito auxiliado extensor <input type="checkbox"/> Enema <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica <input type="checkbox"/> Drenagem de abscesso <input type="checkbox"/> Excisão e/ ou sutura simples de pequenos lésions <input type="checkbox"/> Excisão de tumor de pele e anexos / cistos espalhados <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho subcutâneo <input type="checkbox"/> Excisão e sutura de linfangiomma / nevus		
Encaminhamento: <u>ORC 1500</u> / Atendido: <u>DR</u> / Hora: <u>05:35</u> / Internamento Hospitalar: <input type="checkbox"/> Observação: <input type="checkbox"/> Transf. Paciente: <input type="checkbox"/> Ambulatório				
<u>Assinatura do Executivo:</u> <u>Luis Claudio da Costa Barreto</u> <small>Residente em Radiologia</small> <small>CNPJ 12.017467</small>				
<u>DATA:</u> <u>27/11/15</u> <u>MES:</u> <u>NOV</u> <u>ANO:</u> <u>2015</u>				

Comprovante de Aracati

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO



COMARCA DE ARACATI-CEARÁ

CARTÓRIO JORGE ALMEIDA



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 N° 02.854.159/0001-07

Titular: *Jorge Luís Portela de Almeida*

FOLHAS 200

LIVRO 017

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

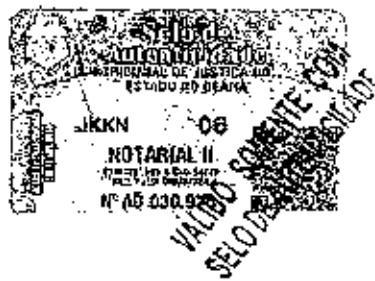
SAIBAM quantos este público instrumento virem que, aos vinte e nove (29) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Aracati, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, ao cartório sito à Rua Barão de Mesquitanas, nº 1209, compareceu, perante mim, Tabelião Substituta, 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 20077871.06-0 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 analfabeto 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 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 Agencia 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 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, inserito 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, Marcia 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
TABELIÃA SUBSTITUTA

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



OFICIO - ARACAJU	TRIBUNAL DE JUSTIÇA - PROVIMENTO
EMOLIMENTOS	
PERMISOJU.	
SELO	
ISS	
FAADEP	
TOTAL	
Nº SELO	A 2013
VASS	



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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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

INVESTIGADO

12/4 MAR 2017

ENTRADA

 Aracati LAMINARTEIRO CON TUDO	Hospital Municipal Dr. Eduardo Díaz												
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
AT. IMEDIATO EMERGÉNCIA	SÍNOVA URGÊNCIA	30 HORAS POUCA URGÊNCIA	30 HORAS MUITA URGÊNCIA	04 HORAS URGÊNCIA	04 HORAS URGÊNCIA	AZUL							
Date: 07/11/15	Hora do atendimento: 15:35												
Nome: W. J. de Souza Amorim			Idade: 53		Sexo: () F () M								
Data de nascimento: 07/08/1961		RG/CPF/Outros: 20110000		CADSUS: 20110000									
Filiação: Wania Souza													
Endereço: Vila São Roque		Nº:		Telefone: 2011-5311									
PSF:		ACS:											
T: _____ °C	PA: 130 x 80 mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ lpm	Glicemia Capilar: _____ mg/dl									
Nível da consciência: () Inconsciente () Orientado () Confuso () Desorientado ECG: _____		Alergias: Negativo		Violência: () Sim () Não									
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: () Sim () Não		TIPO DE DOR: () Aguda () Crônica () Recorrente		() Leve () Moderada () Forte () Severa									
() Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento		() Consulta com Prof. De nível médio na atenção especializada () Exame médico											
() Atendimento Médico de urgência em atenção especializada		() Atendimento de Atenção Básica											
Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico) Lesão da face													
Diálogo: Acidente moto quebrou o osso da tibia e feriu a face.													
Assinatura do paciente: Alex Souza Tavares													
Enfermeiro(a): Eduardo Díaz		Encaminhamento: () Clínica Médica () Traumatologia											
Anamnese (Conduta Médica)													
Acidente moto quebrou o osso da tibia e feriu a face													
Hipótese Diagnóstica													
Fractura aberta de tibia Fractura aberta de tibia													
Fractura aberta de tibia Fractura aberta de tibia				Luis Claudio da Costa Carvalho Residente em Radiologia CRM-RN 017467									
<input type="checkbox"/> Administração de medicamentos de Sistêmico Especializado <input type="checkbox"/> Inalação / Nebulização <input type="checkbox"/> Curativo grau I e/ ou s/ debridamento <input type="checkbox"/> Curativo grau II e/ ou s/ debridamento <input type="checkbox"/> Retirada de pontos de cirurgias básicas <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia: Dr. Maikel H. Arriola <input type="checkbox"/> Outros: Desconhecido							<input type="checkbox"/> Retirada de Cetim de cozimento ou líquido cavitário externo <input type="checkbox"/> Enema <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica <input type="checkbox"/> Drenagem de abscesso <input type="checkbox"/> Excisão e/ ou sutura simples de pequenas lesões <input type="checkbox"/> Excisão de tumor de pele e anexos / cisto subcutâneo <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho subcutâneo <input type="checkbox"/> Excisão e sutura de linfangiomat / nevus						
GRE 1200 Encaminhamento para: () Ambulância () Hora: _____ Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()							Greco Guilherme Amorim						

FICHA DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA

2 Gelehrte Do. Anmerk.
die Kofice 1358

SEXO: F.

Objeto:

Ocorrido em:

Causa:

- DO PAIN

Lata do Nascimento: 04/108 163 Naturalidade: Est. Civil: S

André N.

Lata do Nascimento: 041 108 163 Naturalidade: Est. Civil: -

lado do Nascimento: 11 / 08 / 03 Naturalidade: Est. Civil:

Profissão: _____

Profissão: _____

INSCRIÇÕES DATA: **01/01/2018** ATÉ: **31/01/2018**

INSCRIÇÃO DATA **DIAGNÓSTICO** DATA **DIAGNÓSTICO** DATA **DIAGNÓSTICO**

UNIDADE

ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA

DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratório - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RÚBRICA
-III/08/06	Hemicr. Epigástrica Solicito pré operatório		
		Eletrocardiograma	
		Beethoven Landim	
		COLPROCTOLOGIA GERAL	
		CREMEC 7852	

INVESTMENT

24 MAR 2017

ENTRADA

HMED

OBSERVAÇÃO

Paciente: _____ Enf: _____ Leito: _____

Evolucionaria

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alter()Horas: Internamento Hospitalar()Observação()Transferência()Outro()

Assinatura e Carimbos Médicos - CRM

Assinatura do paciente

INVESTIGACIÓN
24 MAR 2017
ENTRADA

 Aracati <small>MUNICÍPIO DO CEARÁ</small>	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) 3421-1409
NOVO: <u>Mar. da Costa Paixão</u> EMERGÊNCIA: <u>Lire orel</u>	
<u>B1 profissional</u> <u>Ta com o c-1</u> <u>22/12/11 Horas</u>	
EXT: <u>Reflexos Sintéticos</u> <u>na ferida</u>	
<u>gel cool</u> <u>repolho fer</u> <u>21/12/11</u>	
 DR. SÉRGIO COLLETANO <small>MÉDICO RECEITISTA</small> ASSOCIADA CARIMBO CRM/CRO	
<u>ARACATI-CE 21/12/11</u>	

INVESTPREV
 24 MAR 2017
 ENTRADA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Fundo Municipal de Saúde
CNPJ: 99.659.719/0001-47
End.: Rua Coronel Pompeu, 583 - Centro
Aracati - CE - Tel.: (85) 3421-1100

Av. Presidente Vargas, 583 - Centro
Aracaju - SE - Tel: (88) 3421-1409

*Maria Gracil de Souza
Endereço:
Vila Refúgio, SE*

2

"See also

Thyrofor 7 etc
600 mg
Tumor regression
as 100% now,
7 days

Dra. Jamilia M. Oliveira Segunda
Medica CRM/RN 8253
CRM/CE 1852

ASSINATURA CARIMBO CBM (CBO)

ARACATI-CE 11/10/16

**INVESTDRIV
24 MAR 2017
ENTRADA**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITÁRIO

Prefeitura Municipal de Aracati

CNPJ: 09.650.719/0001-42

Endr: Rua Coronel Panpeu, 583 - Centro

Aracati - CE - Tel.: (85) 3421-1407

Escreveu triciclo da bicicleta

10/06/2015

DBiprafuel 01

150ml

para o dia 12/06/15,

nos 03 dias

R. Carvalho
Médico
CREMEC-46.335

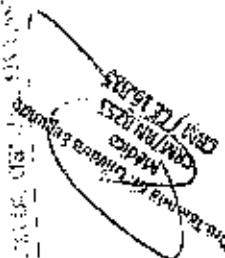
ASSINATURA CARINHO CRM/CRO

ARACATI-CE 23/06/15

INVESTIGADO
24 MAR 2017
ENTRADA

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1918. 16-1000-1

W. H. Smith & Sons
London

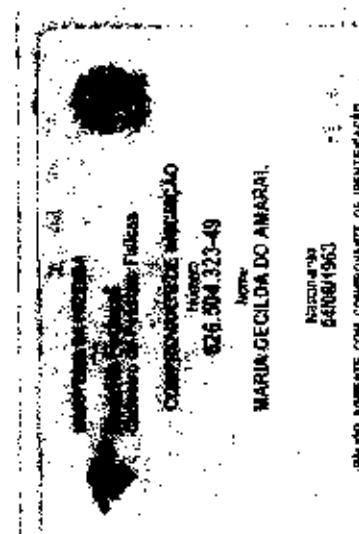


271

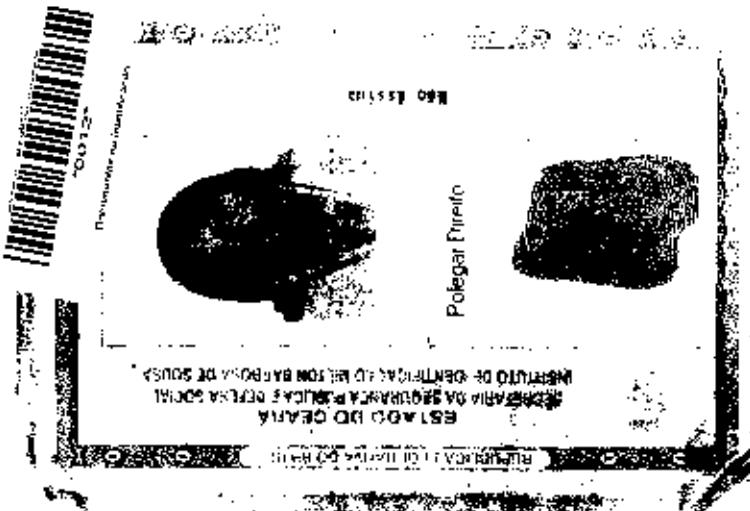
INVESTPREV
24 MAR 2017
ENTRADA

ENTRADA
24 MAR 2017

INVESTIGATE



SÉRIE: 00000000000000000000		VACINAÇÃO:	
		DATA DE EXPIRAÇÃO:	
201077106 - 9		14/01/2011	
<p style="text-align: center;">ESTAMOS DESENTRALIZANDO</p> <p style="text-align: center;">A VACINA DA SORTE</p> <p style="text-align: center;">NADA MELHOR DO QUE</p> <p style="text-align: center;">VACINAR A SORTE.</p>			
<p style="text-align: center;">M. FRANCISCA DO AMARAL</p> <p style="text-align: center;">FERNANDEZ</p> <p style="text-align: center;">CEP: 0131-012 - CEP: 0131-012 - CEP: 0131-012</p> <p style="text-align: center;">CEN. EDUCATIVO - CARRETO 1 - RUA DIOSE</p> <p style="text-align: center;">SANTO ANTONIO - SAO PAULO - SP - 0131-012</p> <p style="text-align: center;">FONE: (11) 3000-1234 - CEL: (11) 9999-9999</p> <p style="text-align: center;">E-MAIL: 123456789@GMAIL.COM.BR</p>			
		NR. MAT: 123456789	
		P.: 21	





100127

Comunicação de identidade



22/09/2009
2003010047200
MARIA EDILMA REBONCAS DA SILVA
JOSE BIBAMAR DA SILVA
MARIA LUCIA REBONCAS DA SILVA
ARACATI - CE
COL.00000
CERT. NASCIMENTO - CARTEROL. P. OFICIO TERMO: 0646 FOLHA: 232V
LIVRO: A-12 ARACATI - CE
007 960.537.673-15
20/08/1979
P. 21
ENTRAR
24 MAR 2017
AVENIDA
INVESTIGAÇÃO

**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 médica 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Exame não permite conclusão”

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

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

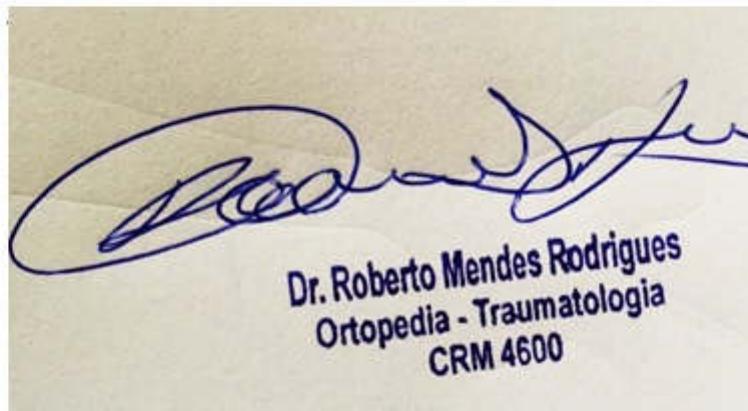
Região Corporal

% 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 (*).

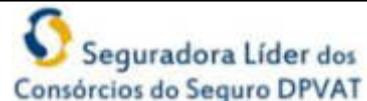
() Total = “100% da IS”

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



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 OBTEVE 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:





-0025-

FOLHAS: 291

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE ARACATI
Cartório de Registro Civil do Distrito de Mata Fresca
Cícero Pessoa da Silva Júnior
OFICIAL TITULAR
Márcia de Holanda Pereira Pessoa - Clío José de Holanda Pereira Pessoa - Substitutos
Ícaro Nilo de Holanda Pereira Pessoa - Mariana de Holanda Pessoa - Pelotão - Escrivane
Email: cortorocicerojr@outlook.com - Fone: 88-98988-4292
CNPJ - 02.055.279/0001-32

PROCURAÇÃO PÚBLICA

LIVRO N.º 008

1º. TRASLADO

N.º DE ORDEM 2191

Procuração bastante que faz (em): MARIA GECILDA DO AMARAL.

SAIBAM, os que o presente instrumento de procuração bastante virem que, aos quatorze (14) dias do mês de fevereiro do ano dois mil e dezessete (2.017), na localidade de Mata Fresca, Termo e Comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, compareceu (ram) a este Cartório, como outorgante (s), MARIA GECILDA DO AMARAL, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG de nº. 2007787106-0 SSPDS-CE, e CPF de nº. 626.504.323-49, residente e domiciliada na Vila Rafael nº. 4233, bairro Varzea da Matriz, nesta cidade de Aracati-Ceará, reconhecido (a)(s) como o (a)(s) próprio (a)(s) por mim, Tabelião e pelas testemunhas abaixo nomeadas e assinadas, de cujas identidades e capacidades Jurídicas, dou fé. Então, perante as mesmas testemunhas, disse (ram) o/a (s) outorgante (s) que nomeava (am) e constituía (m) seu/sua (s) bastante (s) procurador (a)(es) MARIA EDILMA REBOUÇAS DA SILVA, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG de nº. 2003010047200 SSPDS-CE, inscrita no CPF sob o nº. 963.537.673-15, residente e domiciliada na localidade de Sítio Cajazeiras, distrito de Mata Fresca neste município de Aracati-Ceará, a quem confere (m) amplos poder (es) para representar a outorgante perante a SEGURADORA LIDER – DPVAT na cidade de Rio de Janeiro – RJ., ou quaisquer outra cidade brasileira, e aí sendo, resolver todo e qualquer assunto relacionado ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT no nome da mandante, podendo, para tanto, dar entrada em processo de seguro, solicitar, assinar e alegar o que convier, assumir compromissos e obrigações, prestar declarações, juntar e retirar papéis e documentos, satisfazer e cumprir exigências, preencher formulários, assinar termos e demais papéis, inclusive estabelecer os poderes desta para outrem, finalmente, tudo mais assinar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. E como assim disse (ram), do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido e achado conforme, aceita (ram), assinado com as testemunhas a tudo presente que ouviram a sua leitura, dispensando as testemunhas nos termos do provimento 04/95 - Corregedoria Geral da Justiça, dou fé. Eu, Cícero Pessoa da Silva Júnior, Tabelião do Cartório do Registro Civil do Distrito de Mata Fresca, Comarca de Aracati, a digitei. Eu, Márcia de Holanda Pereira Pessoa, subscrevo e assino. Em testemunho (sinal) da verdade. O Tabelião Cícero Pessoa da Silva Júnior, (ass). Declara a outorgante não saber assinar seu nome, assinando a mesma EDILMA REBOUÇAS DA SILVA, brasileira, solteira, operadora de telemóvel, portadora do RG de nº. 2002010046886 SSPDS-CE., residente e domiciliada na Rua

Cícero Pessoa da Silva Júnior
Oficial de Registro Civil
CPF: 824.600.588-82



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 àquele a sua impressão digital e 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 Pessôa da Silva Júnior
Oficial de Registro Civil
CPF: 224.088.903-82

"VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE"



INVESTIGADO
24 MAR 2017
ENTRADA