



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPÓLE



Impresso nº 2018313765

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 796 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **20/12/2018 11:17:22**

Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 17:50:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ENTRE ASSUNÇÃO E SÃO JOSÉ**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **SOLONOPÓLE/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMA A CURVA DO MARI**



CA
C:

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

CA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA**

Nascimento: **26/11/2014** CPF:

RG : Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **ARETHA TAIANE FERREIRA DE FREITAS**

PAULO HENRIQUE DA SILVA

Endereço: **RUA JOSE IRINEU, 35**

Bairro: **SAO JOSE**

Município: **SOLONOPÓLE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99850-2645**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE DA SILVA**

Nascimento: **17/11/1984** CPF: **333.108.548-09**

RG: **2002014019636** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA MARONILDE DE LIMA DA SILVA**

FRANCISCO ALMIR DA SILVA

Endereço: **RUA JOSE IRINEU, 35**

Bairro: **SAO JOSE**

CEP:

Município: **SOLONOPÓLE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQR2739** Uf: **CE** Município: **SOLONOPÓLE** Chassi:

9BGSA1910AB180524 Renavam: **171996445** Tipo do Veículo:

AUTOMOVEL Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação:

2009 Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**

Proprietário: **FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

AFIRMA O REGISTRANTE QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA CITADOS GUIAVA O CARRO DE PLACA NQR 2739/CE, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM, E QUE VINHA DE ASSUNÇÃO SENTIDO SÃO JOSÉ, QUANDO PERDEU O CONTROLE E O CARRO CAPOTOU TRÊS VEZES; E QUE SUA FILHA, ANNA LAURA FREITAS SILVA DE 4 ANOS, FOI ATIRADA PARA FORA DO VEÍCULO E SE LESIONOU/FERIU NA CABEÇA E NAS PERNAS; E FOI SOCORRIDO POR UM CIDADÃO, QUE DESCONHECE E QUE OS LEVOU PARA O HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO; E QUE ESTE BO É PARA FINS DE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE



Impresso nº 2018313765

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 796 / 2018

DPVAT. NADA MAIS DISSE DANDO-SE POR ENCERRADO ESTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
VAGNER DE MELO FURTADO - MAT.: 30124952

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]
Paulo Henrique da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313



26 FEV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **3390037840** CPF da vítima: **090743303-04** Nome completo da vítima: **Anna Laura de Freitas Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Paulo Henrique da Silva** CPF: **333108548-09**

Profissão: **vereador** Endereço: **Rua José Irineu** Número: **35** Complemento: **-**

Bairro: **Distrito São José** Cidade: **Salonopole** Estado: **CE** CEP: **63620-000**

E-mail: **diogenescazevedo@gmail.com** Tel (DDD): **85-99920077**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **16171** **3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Salonopole - CE, 24 de janeiro de 2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): **Paulo Henrique da Silva**

Assinatura do Procurador (se houver): **Paula da Silva Ferreira**

26 FEV. 2019

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I D A O

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 135490-1-x, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc..

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU. Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a vítima é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze (2014)


MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR
Escrivão de Polícia

Miguel Arcanjo Frota Júnior
Escrivão de Polícia
Matrícula 135490-1-x

26 FEV. 2019

Para ajudar sua identificação, coloque o nº série e o nome do livro em um cartão e cole-o no livro.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Vazdevam, 150
CEP 50138-040 | Fortaleza-CE
08 3364-8000 ext. 30 | CEP tel. 116 848-3

VALOR (R\$)
79,70
1,38
3,65
9,87

Emitido kg (CO ₂)	Comprimido kg (CO ₂)	Consolidação Ecológica (NCO ₂)
44,90	0,00	

26 FEB. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 553996440

Companhia Energetica do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60136-040 | Fortaleza, CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06,105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 13.438 de
26 de abril de 2019

Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8484089 7

VENCIMENTO
15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
439,25

Rota 11 014050 11 0131900

Medidor

Poste

Nome PRISCILA DA SILVA FERREIRA

10059141

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU JOSE CARLOS FREIRE MACHADO 00190 ALTO VISTOSO

Consumidora

SOLONOPOLE 63520000

RG / CPF / CNPJ

610.570.723-11

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, TRIFÁSICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

5132

4568

1

564

0

564

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Próx. Próxima
Leitura

17/12/2018

16/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D77F.EEAC.B448.2456.63A9.3EB9.F10F.0142

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

390,15

Alíquota

27%

Valor do Imposto

105,34

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO MENSAL DIC

-10,45

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

59,55

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

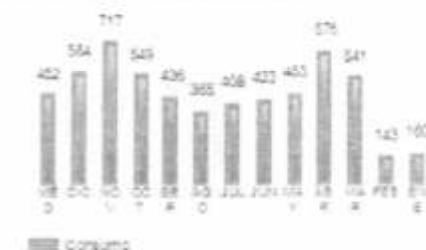
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 131,41

Conjunto: SOLONOPOLES

Mês: OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	9,18	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8484089-7

N° da Nota Fiscal: 553996440

Total a Pagar (R\$): 439,25

Data de Emissão:

19/12/2018

Referência: DEZ/2018

N° de Controle: 0008484089 00017 4319 2 17

83800000004-1 39250031000-0 00084840890-0 00174319254-9



26 FEV. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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**².

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 Priscila da Silva Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 630570723 / 11 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090743303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ana Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090743303 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Jose Carlos Freire</u>		Número	<u>190</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Alto Vitoro</u>	Cidade	<u>Solonopole</u>	Estado	CPF	
				<u>CE</u>	<u>63820-000</u>	
E-mail	<u>diogeneseazevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>88-3518-1610</u>	<u>88-999200171</u>		

Solonopole-CE de 09 de março de 2019
Local e Data

Priscila da Silva Ferreira
Assinatura do Declarante

26 FEV. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Orlando de Amorim,
RG nº 2379928-98, data de expedição 21/08/1992,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001379353-58, com
domicílio na cidade de Solonopole, no Estado de
Ceara, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio São Luiz, nº 512,

complemento marretas, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Anna Laura de Freitas Silva, cujo o condutor era
Paulo Henrique da Silva.

Veículo: CHEVROLET/CLASSIC
Modelo: 2010
Ano: 2009
Placa: UQR-2739
Chassi: 9BGSA3910AB180524
Data do Acidente: 18.11.2018
Local e Data: Solonopole-CE 03.01.2019

Francisco Orlando de Amorim
Assinatura do Declarante

Paulo Henrique da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
CNPJ 05.674.155/0001-27
Maria Iva Nogueira Pinheiro

Reconhecido por autenticidade (X)
semelhância () as assinaturas de
Francisco Orlando de Amorim
Solonopole, de 01 de 2019
3
Maria Iva Nogueira Pinheiro - Oficial
Carla Frederica Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
André Pereira Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
224 - Rua da Estrada - Esc. Autentada
Município de Solonopole - Ceará
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
CNPJ 05.674.155/0001-27
Maria Iva Nogueira Pinheiro

Reconhecido por autenticidade (X)
semelhância () as assinaturas de
Paulo Henrique da Silva
Solonopole, de 01 de 2019
3
Maria Iva Nogueira Pinheiro - Oficial
Carla Frederica Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
André Pereira Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
224 - Rua da Estrada - Esc. Autentada
Município de Solonopole - Ceará
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

26 FEV. 2019



Prefeitura Municipal de Solonópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
M^a Suêlly Nogueira Pinheiro

Nome: Joaquim Pereira da Silva Idade: 45 anos

Residência: São José

Naturalidade: Quindici Estado Civil: Queloso

Queixa Principal: CRAVEJA VITRINA DE ACIDENTE DE

CASANO JENNY SAMON FORM 64-200-1000000000

Procedimento Realizado: NO CONFORME COM O PROCEDIMENTO

Practical 2: *Handwritten text*

Date: 18 / 11 / 18

Ass. do Paciente ou Responsável

Assessor/Manager



26 FEB. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barnaia Filho, 126
CEP: 53620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópolis - CE

50

Nº CAD/SUS	DATA: 18.11.18	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Lima	Enfermeira Plantonista: Sécure	
Pressão Arterial:	Temperatura:	Pulso: CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ina Cassia Freitas Silva Data: 20 DEZ 2018
Endereço: São José
Sexo: () MASC (X) FEM Idade: 64 Estado Civil: Casada
Profissão: Cientista Naturalidade: São Paulo

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: *Pré e Pós-ictal com Fome - convulsões*
 História da doença atual: *NA EPILEPSIA, 01 e 02 com convulsões (2)
 no período de 2000, com novo episódio FOM.*
 Avaliar e Registrar. Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow. *Pré e Pós-ictal*

Olhos Abertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Esportaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	22/05/2020
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P / Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico: FOTO ANTIDRUGA / ARRESTADA LUGAR - JUVENIL

Foto CONJUNTA NÚMERO CONSCIENTE

Dep. Adv.

Adv. Adv.

Adv. Adv. - PENA DE PRISÃO - CONFINADO NO

CONFINAMENTO - CONFINAMENTO - CONFINAMENTO 2.

26 FEB. 2019

Impressão Diagnóstica: Fungos Ovarianos contendo NO Corno
Esquerdo (21 + HEMITACE 3), de nível de per-
cussão. Anteriormente / Anteriormente e Superior

Prescrição Médica	Anotações de Enfermagem
1) DEMA 200ml	At 11. As 20:30 A febre
2) Sinar de 20,5	deu a presença de febre
3) Sopp tracheizante	Lavei. Tinha de uidente
4) CEFTRIAXONA 1,5g EV de 12h	Antibiótico para
5) Sulfato é 100mg SF 9,9	resol. por febre aguda
24/24h	com o movimento colateral.
2) DEMA 200mg/4 0,6mg +	
19.5 up ad, 20, 20, 20, 20	20/25 As 06:50hs
e febre 38°C de 1h	T: 37.5°C - normal
6) Presc 0,3mg + 99, 7up 40	
20 de 20 2186 de 10ml	
7) Observe estado de consciência	
8) Presc 100mg TC de 12h	
SI CUNTADE	
26 FEB. 2019	
14/11/2018	
Ata Hospitalar	



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Ana Laura
de Freitas, 41 anos, solteira, filha
ma de acidente de veículo
AUTOMOTOR, AUTOMOBILAR, CARIÓTIPO
NORMAL, SENDO CACADA DE MORTO
DO CARRO CAUSANDO-LHE FER-
TIDAS PERFORANTES-CONTUNDENTES
NO LOMBO COM ELAS O LOMBO E
FERIDA PERFORANTE-CONTUNDENTE
FRONTAL DIREITA, EM 18/33/2018
SENDO AUTÓDICA, SEM AVALIAÇÃO
E EXISTÊNCIA LOCAL. FERIDA DE
CARNEU COM LACER. VULVAR

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

26 FEV. 2019

Dr. Chris Rogers, Graduate Study

Dr. Clirio Reges Cavalcante Silva
Médico
CRM-4.517



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE

Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

DATA: 18 / 11 / 2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

- Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

LAUDO:

- Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.
- Ventriculos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Não identificamos coleções patológicas intracranianas.
- Calota craniana íntegra.
- Aumento das partes moles na região frontal direita com calcificações em permeio e alta convexidade parieto-occipital com densidades gasosas associados, provavelmente ao trauma.

CONCLUSÃO:

- Hematoma subgaleal na alta convexidade parieto-occipital e região frontal direita.
- Não identificamos outras alterações patológicas apreciáveis ao método.

Dr. Douglas Hemming
Médico Radiologista
CRM 13015 RQE 8227

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 PAULO EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ENDEREÇO Nº
 2002814013436 239 CE

CPF
 333.108.546-09 DATA NASCIMENTO
 17/11/1984

FUNÇÃO
 FRANCISCO ALMIR DA
 SILVA
 FRANCISCA MARCELOS DE
 LIMA DA SILVA

PERÍODO
 10/05/2005

NOTA
 3,0

CRIMIN
 3,0

Nº MATRÍCULA
 4000000000

VALOR
 10/05/2005

1ª INSCRIÇÃO
 30/03/2005

Observação:
 SEM OBSERVAÇÃO

Paulo Eduardo da Silva

LOCAL
 IGUAÇU, CE

DATA
 25/05/2015

10-Val-2015

51681303588
 CE147593821

1150912236

26 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 013868717535
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 01 00171996445 00000000000 2017

FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM
SOLONDOPULE /CE

00137935358 /CE 9BGS41910AB180324

PAS/AUTOMÓVEL/MPO APPLIC. GASOL/ALCO
CHEVROLET/CLASSIC 2009 2010

SP/7BEV/1000CE PARTIC. PRATIA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,225

PREMIO TOTAL (R\$) 0,225

SOLONDOPULE 20/11/2017

Assinatura do Detran-CE

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO OS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO REGISTRO CARTELA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OUTRO - Seguro DPVAT

CE Nº 013868717535 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1804

01 00137935358 2017 20/11/2017

PAS/AUTOMÓVEL/MPO APPLIC. GASOL/ALCO
CHEVROLET/CLASSIC 2009 2010

SP/7BEV/1000CE PARTIC. PRATIA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,225

PREMIO TOTAL (R\$) 0,225

SOLONDOPULE 20/11/2017

Motor: 5800 58983



013868717535
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.



00607
00171996445
158612 00546







26 FEB. 2019

CÓDIGO DE CONTROLE
3AEA.0292.02C3.0B73

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:10:03 do dia 03/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE 10 DÍGITOS

Nascimento
14/03/1974

FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM

Nome

Número
001.379.353-00

COMPROVANTE DE IMSC BR/RS



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

26 FEV. 2019



REQUERIMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

Eu, Anna Laura de Freitas Silva, Vítima do sinistro 3190037840, venho por meio desta solicitar a realização de uma perícia médica, já que na primeira análise não foi realizada a perícia para uma avaliação mais detalhada e realista da debilidade permanente que carrego, tendo em vista que a avaliação inicial somente por documentos médicos não constatou o grau da incapacidade que tenho corretamente, pois conforme documentos juntados no sinistro, como em anexo, carrego sequelas permanentes que são passíveis de indenização.

Ciente do pronto deferimento ao requisitório, por ser da mais clara Justiça, desde já agradeço.

Solonópole/CE, 28 de janeiro de 2019.



Anna Laura de Freitas Silva / Paulo Henrique da Silva

CPF: 008.429.563-52 / 333.108.548-09

26 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190037840 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA HEMIFACE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(SUTURA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Vítima: Anna Laura de Freitas Silva, brasileiro(a), estado civil: solteira
Profissão: estudante, do CPF 090793303-0, neste ato representado pelo seu
genitor: Paulo Henrique da Silva, brasileiro(a), estado civil: união estável
Profissão: vendedor, do RG: 2002034019636, do CPF: 333108548-09, ambos
residentes no(a) Rua Jose Irineu, nº 35, bairro: Distrito
São José, município: Solonopole, CE, CEP: 63620-000.

OUTORGADO:

Priscila da Silva Ferreira, brasileira, solteira, estudante, inscrita no RG sob o nº:
2008459268-5, órgão expedidor SSPDS-CE e do CPF: 610.570.723-11,
residente no(a) Rua Carlos Freire Machado, 190, Alto Vistoso, Solonopole/CE,
CEP: 63.620-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado cima qualificado, a quem confio poderes
especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS
DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de
indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade
conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a
tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos
os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da
Vítima Anna Laura de Freitas Silva.

Local e data: Solonopole - Ce, 20.12.18



Paulo Henrique da Silva

Assinatura do outorgante/representante
(Reconhecer firma por autenticidade).

CANTORIO NOGUEIRA PINHEIRO
2º OFÍCIO
CNPJ: 05.674.155/0001-27
Maria Ilva Nogueira Pinheiro
Titular

Carlos Frederico Nogueira Pinheiro
Escritor Substituto
Antonia Patricia Nogueira Pinheiro
Jefe de Escritório
Antônio Carlos de Oliveira
Escritor Substituto



Reconheço por autenticidade a
semelhança () de assinaturas de
Paulo Henrique da Silva
Solonopole 20 de 12 de 2018
Maria Ilva Nogueira Pinheiro - Oficial
Carlos Frederico Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
Antonia Patricia Nogueira Pinheiro - Esc. Autorizada
Jorge Paulo de Andrade - Esc. Autorizada
Alana Soares de Oliveira Junior - Esc. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

ORA DE SEG. 61

16 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018152/19

Número do Sinistro: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

CPF: 090.743.303-04

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

PAULO HENRIQUE DA SILVA : 333.108.548-09

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: PAULO HENRIQUE DA SILVA
CPF: 333.108.548-09

PAULO HENRIQUE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **3390037840** CPF da vítima: **090743303-04** Nome completo da vítima: **Anna Laura de Freitas Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Paulo Henrique da Silva** CPF: **333108548-09**

Profissão: **vereador** Endereço: **Rua José Irineu** Número: **35** Complemento: **-**

Bairro: **Distrito São José** Cidade: **Salonopole** Estado: **CE** CEP: **63620-000**

E-mail: **diogenescazevedo@gmail.com** Tel (DDD): **85-99920077**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **16171** **3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Salonopole - CE, 24 de janeiro de 2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): **Paulo Henrique da Silva**

Assinatura do Procurador (se houver): **Paula da Silva Ferreira**

26 FEV. 2019

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

26 FEB. 2019