



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME: <u>Ly2 Raiany Camelo Oliveira</u>
ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>
PROFISSÃO: <u>Autônoma</u>
DOMICÍLIO: <u>TR. JACQUELINE, 67, SÃO JOSÉ DO TATUARE</u>
RG/CPF/PIS PASEP: <u>2006005177294 / 052.482 923-83</u>

OUTORGADOS

FELIPE REINALDO RABELO LEAL, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85) 98685-3187 / (85) 3226-1683

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Sontolize - CE

Data: 18/01/19

X LY2 RAIANY CAMELO OLIVEIRA
OUTORGANTE

OAB/CE nº 29.690

advocaciaulissesferreira@gmail.com

Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62.960-000, Centro – Tabuleiro do Norte-CE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:**

Liz RAIANNY CAMILO OLIVEIRA

RG: 2006 00 5177 294 **SSP/CE** **CPF:** 050.482.923-83**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** TR. JACQUELINE Nº 67**Complemento:** FUNDO**Bairro** SÃO JOÃO DO TAPE **CEP:** 60130 400

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 18 **DE** JANEIRO **20** 19

X 242 RAIANNY CAMILO OLIVEIRA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Liz Raionny Camelo OliveiraNacionalidade: Brasileira Estado: Ceará Estado Civil: SolteiraProfissão: AutônomaRg: 2006005177294 SSP/CE - CPF: 052.422.923.83Logradouro: TR. Jacqueline nº 67 Sds Jans do Taupe, Fortaleza

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 18 de Junho de 2019X LIZ RAIONNY CAMELO OLIVEIRA

SINISTRO 3180516387 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LYZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO LYZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 05048292383**Posição em 10-12-2018 12:57:06**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548218798

NOME
LIZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006005177294 SSP CE

CPF
050.482.923-83

DATA NASCIMENTO
10/06/1991

FILIAÇÃO
MANOEL FACUNDO DE OLIVEIRA
BENEDITA PINTO CAMELO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CATUB
A

Nº REGISTRO
06940663957

VALIDADE
23/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
23/10/2017

OBSERVAÇÕES
A :

ASSINATURA DO PORTADOR
LIZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
26/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
72111177825
CE160428939

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548218798

DADOS DO CLIENTE

Nome: LIZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

End. Leitura: TR JACQUELINE, 67, FUNDO, SAO JOAO DO TAUAPE

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP: 60130-400

Cidade:

Local:

001

Setor:

004

Subsetor:

00

Quadra:

0065

Lote:

0039

Comp:

0000

ECONOMIAS

Residencial:

001

Comercial:

000

Industrial:

000

Pública:

000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A11F180309	87	88	1	1

DATAS

Leitura Atual: 02/10/2018

Leitura Anterior: 03/09/2018

Emissão: 02/10/2018

Próxima Leitura: 03/11/2018

Lacre Água:

Lacre Esgoto: 890472

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	561	561	561	561	561
Em conformidade	558	554	529	548	561

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
 Constatamos debito de R\$ 44,86. Caso pago, desconsiderar.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	24,40	Mês/Ano
ESGOTO	19,52	out/17 2
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,20	nov/17 2
		dez/17 1
		jan/18 10
		fev/18 4
		mar/18 1
		abr/18 1
		mai/18 0
		jun/18 3
		jul/18 2
		ago/18 1
		set/18 2

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO
COFINS	2,10	VALOR DO SUBSÍDIO
		VALOR TOTAL A PAGAR

MÊS/ANO

10/2018

VENCIMENTO

16/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

44,12

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BN8, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I: 358299052714975 L: 0364 H: 13:46:28 R: 102 P: 001

Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br
 E mais. E não. Participe.

155
 Ouvidoria Nacional

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE		358299052714975 - 0364	
Inscrição:	000711764	Código de Responsável:	10/2018
Local:	001	Setor:	004
		Subsetor:	00
		Quadra:	0065
		Subquadra:	00
		Lote:	0039
		Comp:	0000
Cidade:	FORTALEZA	Vencimento:	16/10/2018
		Total (R\$):	44,12

82640000000 4 44120009000 5 00071176401 9 02003022015 4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

05048292383

Nome completo da vítima

Liz Kaianny Camelo Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Liz Kaianny Camelo Oliveira	CPF titular da conta 05048292383	Profissão Autônomo
Endereço Avenida Jacqueline	Número 67	Complemento Casa fundo
Bairro São João Tanque	Cidade Fortaleza	Estado Ceará
Email	CEP 85988701298	Telefone (DDD) 85 988701298

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Santander

NRO

033

AGÊNCIA

NRO.

4389

D/V

CONTA

NRO.

0101667

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 30 de outubro de 2018

Local e Data

LIZ KAIANNY CAMELO OLIVEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 15

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 464 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/01/2018 12:45:49**Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 20:25:00**Endereço da Ocorrência: **RUA CAPITAO MELO C/**Complemento: **RUA PAULO FIRMEZA**Bairro: **SAO JOAO DO TAUAPE** Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX A PDARIA PAO DO CEU****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **LIZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA**Nascimento: **10/06/1991** CPF: **050.482.923-83**CNH: **06940663957** Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **BENEDITA PINTO CAMELO****MANOEL FACUNDO DE OLIVEIRA**Endereço: **TRAVESSA JACQUELINE , 67 FUNDO**Bairro: **SAO JOAO DO TAUAPE**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.130-400**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98400-5707****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: OEE5520** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**93YBSR8VKCJ143419** Renavam: **409437697** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **RENAULT/SANDERO STEPWAY** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRATA** Proprietário: **RAIMUNDO ATUALPA SILVEIRA SOBRINHO**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****2) Placa: OSQ5864** Uf: **CE** Município: **IRAUCUBA** Chassi:**9C2JD2320DR006969** Renavam: **567368858** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR125 BROS ES** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **THAIS SOUSA DA SILVA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSQ-5864-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PAULO FIRMEZA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OEE-5520, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PROPRIOS DE UBER E FOI COM UMA AMIGA DE NOME FRANCISCA JUCINEUDA NOGUEIRA GAMA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC#. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 4. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 16



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 464 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

CIZ KAIANNY RAFAEL OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Geiz Raianny Camelo Oliveira

CPF da Vítima

050 982 923 83

Data do Acidente

08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

85 988 701298

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 30 de outubro de 2018

Local e Data

Geiz Raianny Camelo Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thais Sousa da Silva,

RG nº 2008115079-7, data de expedição 15/02/2012

Órgão SSPDSC, portador do CPF nº 063.282063-21, com

domicílio na cidade de Juá - Juazeiro, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Joaquim Fernandes do Rego, nº SIN,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luiz Rayanny Camelo Oliveira, cujo o condutor Cartório Antônio de Mesquita

Luiz Rayanny Camelo Oliveira.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: BROS ES

Ano: 2013

Placa: OSQ 5864

Chassi: 9C2JD2320DR006969

Data do Acidente: 08/01/2018

Local e Data: RUA - PAULO FARMESIA

Reconhecer a firma THAIS
SILVA - DA SILVA, PO
 AUTENTICIDADE
 L. n teste — da verdade
 Itatinga - Itapajé - Ce. 23/08/2018
 JOSE OMAR ARAUJO FILHO
 SUBSTITUTO

Thais Sousa da Silva
 Assinatura do Declarante

LUZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Valido Somente com Selo
 de Autenticidade



ABR-2017



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: LYZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180516387

Vítima: LYZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180516387**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13565954





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 464 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/01/2018 12:45:49**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 20:25:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CAPITAO MELO C/**
Complemento: **RUA PAULO FIRMEZA**
Bairro: **SAO JOAO DO TAUAPE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A PDARIA PAO DO CEU**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LIZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA**
Nascimento: **10/06/1991** CPF: **050.482.923-83**
CNH: **06940663957** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **BENEDITA PINTO CAMELO**
MANOEL FACUNDO DE OLIVEIRA
Endereço: **TRAVESSA JACQUELINE , 67 FUNDO**
Bairro: **SAO JOAO DO TAUAPE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.130-400**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98400-5707**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OEE5520** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **93YBSR8VKCJ143419** Renavam: **409437697** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **RENAULT/SANDERO STEPWAY** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **RAIMUNDO ATUALPA SILVEIRA SOBRINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSQ5864** Uf: **CE** Município: **IRAUCUBA** Chassi: **9C2JD2320DR006969** Renavam: **567368858** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR125 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **THAIS SOUSA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSQ-5864-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PAULO FIRMEZA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OEE-5520, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PROPRIOS DE UBER E FOI COM UMA AMIGA DE NOME FRANCISCA JUCINEUDA NOGUEIRA GAMA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC#. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 4. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 22



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 464 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

CIZ KAIANNY RAFAEL OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



Atendimento	1.356.474		Prontuário	423409
Paciente	Lyz Raianny Camelo Oliveira		Idade	26 anos e 7 meses
Segurado	Lyz Raianny Camelo Oliveira		Fone	988488363
Convênio	AMIL		Val. Carteira	31/12/2018
Plano	AMIL 20		Identidade	2006005177294
Matricula	872095606	Cartão Saúde	Bairro	Tauape
Endereço	Jaqueline, 67 Tauape		Cidade	Fortaleza
Complemento			Sexo	Feminino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor	Emergencia-Pronto Socorro	Medico/C.d	Charles Samuel Marques Dantas
Atendente	Francisca Anielli Cavalcante Paulo	Data	08/01/2018 - Segunda-feira
Especialidade	Traumatologia	Hora	21:22:50
Classificação	Consulta		

Queixa Principal TRAUMA NO PE DIR E ESQ

HDA *Paciente vítima de acidente por queda*

PROCEDIMENTO. *Procedido com fixação com parafusos para o tornozelo, sem necessidade de imobilização com gesso.*

DIAGNOSTICO *Fratura - do pé direito.*

Dr. Charles Samuel Marques Dantas (CRM 14474)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

Dr. Charles Samuel M. Dantas
Traumatologia - Ortopedia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CREMEC 14474-1501 12676

05.867.015/0001-71

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332
Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Supreme



COT – Clínica Ortopédica e Traumatológica
Clínica Dr. Francisco Machado
CNPJ 41466004/0001-47
Fisioterapia
Dra. Yara Tomé de Sousa Rodrigues
CREFITO 200704-F

Declaro para devidos fins que a
Sra. Luiz Raiany Carneiro Oliveira
realizou 20 atendimentos de fisioterapia
com diagnóstico de fratura do 2º, 3º, 4º MTT
calcâneo E.

Paciente apresentou melhora durante o
tratamento da fisioterapia.

7/1/18
Dra. Yara Tomé S. Rodrigues
Fisioterapia
CREFITO 200704-F
10/08/2018



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) lyz RO'ANNY CORREIA OLIVEIRA

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☐
2. Acompanhar Familiar..... ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por (15) Quinze dias a contar desta data ____/____/____ ☐

Autorizo colocação do CID _____

CID M25.5 (Paciente)

Fortaleza, 09 de 01 de 20 18

Dr. Charles Samuel M. Lamas
Traumatologia - Ortopedia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CREMEC 14474 - TEOT 12676



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Luz Rayanny Camilo Ulisses

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☐
2. Acompanhar Familiar ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por (60) Setenta

_____ dias a contar desta data 17 01 18 ☐

Autorizo colocação do CID _____

CID S 9 2 0 (Paciente)

Fortaleza, 17 de 01 de 20 18

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pê e Tornozelo
CREMEC 13307/TEOT 15047



LYZ RAIANNY CAMELO OLIVEIRA

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE FRATURA DO CALCÂNEO, DO 3, 4 E 5 METATARSOS DO PÉ ESQUERDO DIA 8/1/18. EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, MAS PERMANECE AINDA EM REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA DEVIDO ÀS DORES E RESTRIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO. ESTÁ APTA AO RETORNO AO TRABALHO DIA 5/6/18.

CID 10 – S92.0 + S92.3

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CREMEC 13307/TEOT 15047

Fortaleza, 23 DE MAIO DE 2018

DR RAFAEL BOTELHO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO PÉ/TORNOZELO
CRM 13307 TEOT 15047



Reg - 18 5426 182

Levy Ruanney Camelo Ulisses

Relatório Médico

Pt, 26 anos, C/ fratura do Colo do 3º, 4º
e do 5º MTT @ dia 8/1/18. Evolui
C/ Consolidação das fraturas, assim como
da fratura do calcâneo @. Necessário de
mais 45 (quarenta e cinco) dias p/
manter repouso e realizar a reabilitação
Fisioterápica

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307/TEOT 15047

28/2/18

S92.0 / S92.3

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000



Dr. Raimundo Castelo Almeida

Relatório Médico (TUS)

Paciente, 26 anos, vítima de fratura
do Colo do 3º, 4º e 5º MTT (E) e
fratura do Colôneo (E) sem danos.
Foi indicado Tratamento Conservador
com imobilização e apoio prescrito
por 60 dias. Examinado 8 de
Janeiro de 2018

S920

17/01/18

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307/TEOT 15047

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000