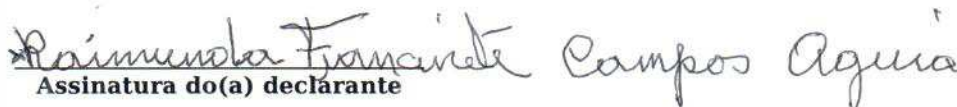


DPGE Logo

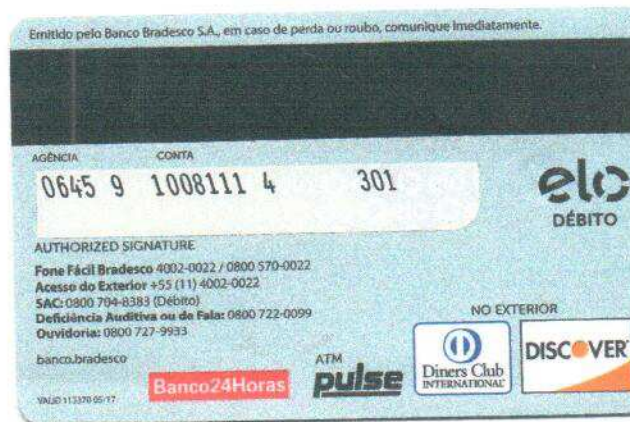
Núcleo Central de Atendimento
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR, Brasileiro, Viúvo(a), Aposentado, RG Nº 20082484834, expedido(a) pelo(a) SSP - CE, e do CPF Nº 742.106.703-59 residente e domiciliado(a) na Rua 66 Nº 590, Prefeito José Walter, Fortaleza - CE, CEP: 60750-800, com telefone(s) de contato nº: (85) 3469-1150, (85) 8504-1547, endereço eletrônico _____, declaro para os devidos fins, que possuo insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, requerendo, de logo, a gratuidade da justiça e os serviços prestados pela Defensoria Pública do Estado do Ceará, e que a isenção conforme o artigo 98, § 1º do CPC, abrange a taxas e custas judiciais, selos postais, despesas com publicação na imprensa oficial, indenização devida à testemunha, despesas com exame de código genético - DNA, honorários de perito, remuneração de intérprete ou tradutor nomeado, custo com elaboração de cálculo, depósitos previstos em lei para interposição de recurso, para propositura de ação e prática de outros atos processuais inerentes ao exercício da ampla defesa e contraditório, emolumentos devidos a notários ou registradores em decorrência da prática de registro, averbação ou qualquer outro ato notarial necessário à efetivação de decisão judicial ou à continuidade de processo judicial. Declaro, ainda, ter conhecimento de que a gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou sucessor. Declaro, também, que observarei os deveres processuais elencados no artigo 77 e seus incisos do CPC, comprometendo-me a expor os fatos conforme a verdade, não formular pretensão ou apresentar defesa quando ciente de que é destituída de fundamento; não produzir provas e não praticar atos inúteis ou desnecessários à defesa do direito; não criar embaraços à efetivação de decisões jurisdicionais de qualquer natureza; não praticar inovação ilegal no estado de fato de bem ou de direito litigioso, sob pena de me responsabilizar por litigância de má-fé nos termos do artigo 79 e seguintes do CPC. Declaro, que fui informado(a) acerca da imputação do crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (art. 299, do CP - Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa), no caso de se fazer declaração falsa. Declaro, outrossim, que obterei senha pessoal do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, junto à unidade judiciária onde tramita o processo, para ter acesso aos autos digitais e tomar conhecimento de seu andamento.

Fortaleza, 19 de Novembro de 2018.


Assinatura do(a) declarante

Av. Pinto Bandeira, nº 1.111, Luciano Cavalcante - CE
CEP 60.811-170, Fone: (85) 3278-3556



Nº DO CLIENTE
709527-9
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 521160382

Rota 09 01230 41 097800 - 4 **Data de Emissão** 12/04/2018

Nome RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

End. Postal RU 0066 COHAB FORTALEZA 00590
CONJUNTO PREF. JOSE WALTER - FORTALEZA - 60750800

Medidor 24521694 **Posto** 0530 J655

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 742106703-59 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	12/04/2018	14/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto FORTALEZA
Mês Fev 2018
DICRI= 0,00 P
EUSD 8,10

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
8007,08ZF,9168,2203,FW4,3803,61D7,75EB

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 7653	7610	1,00	40	0,00	40	0,541	20,16
12/04/18	13/03/18		30 DIAS		40		20,16

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	20,16
JUROS DO MES	0,01
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	20,64

VENCIMENTO 25/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 40,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,42
Transmissão	0,94
Distribuição	0,93
Encargos Setoriais	2,31
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,20
TOTAL	20,16

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RED: 0001 - Rua Francisco Nazareth, 100 - São José - Fortaleza - CE

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO₂ Compensado kg CO₂ Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM QUALQUER MOMENTO, UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 1,00% e COFINS 4,94%.

Para este mês a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.enel.br

Nº do Cliente: 12/04/2018 **Referência:** 40,81

Data de Emissão: 521160382 **Total a Pagar (R\$):** 0000709527 00524 39032 41

Nº da Nota Fiscal: 83830000000-4 40810031000-2 00007095270-1 05243903262-0

Nº de Controle:





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 19/08/2016 16:41:54

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 13/08/2016 07:53:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 703404267805410	NOME: RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR			Registro: 5461464	
CPF:	RG:	D. NASC: 25/04/1940	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA CAMPOS			NOME DO PAI: SILVINO FERREIRA CAMPOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 66	Nº: 590	BAIRRO: PREFEITO JOSE WALTER	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60750800	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA LUIZA DE SOUZA MELLO		PARENTESCO: AMIGA		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes de transporte terrestre, Acidente com um veículo a motor ou não motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)					
QUEIXAS: Vítima de acidente de ônibus com lesão em face por pancada em tijolos (pequena lesão no queixo - refere que sangrou bastante).					
OBSERVAÇÕES: Problemas em face - evento recente					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 6329 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2016 14:25:11**
Data / Hora da Ocorrência: **18/08/2016 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JULIO VERNE**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO RESTAURANTE DA MAMINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR**
Nascimento: **25/04/1940** CPF: **742.106.703-59**
RG: **20082484834** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **MARIA LUIZA CAMPOS**
SILVINO FERREIRA CAMPOS
Endereço: **RUA 66, 590 3ª ETAPA**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** CEP: **60.750-800**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **3469-1150**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE ENCONTRAVA-SE DENTRO DO ÔNIBUS DE PLACAS OCI-9263, EMPRESA: MARAPONGA, NO DO ONIBUS 26127, LINHA 407, ROTA JOSE WALTER/EXPEDICIONARIOS NA RUA JULIO VERNE. QUANDO DE REPENTE AO EFETUAR UMA CURVA NA VIA QUEBROU A BARRA DE DIREÇÃO DO ONIBUS VINDO A COLIDIR COM UMA RESIDENCIA DE NO.156; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF NO CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Adriana Arrais Moreira
ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 800085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimunda Francinete Campos Aguiar

VISTO DO DELEGADO(A): César Wagner Maia Martins
CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 23/08/2016 14:39:11



CARTÓRIO JEREISSATI - REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS - ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL - MARIA DE SALETE JONEISSATI DE ARAÚJO
R. Major Fausto, 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60.015-110 - Tel: (85) 3231-2361 - Fax: (85) 3231-3054 - E-mail: cartorio@cartoriojereissati.ce.gov.br
AUTENTICAÇÃO Nº 080395 - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Fortaleza, 24 de agosto de 2016.
Emolumentos: R\$ 2,04. Em test. da Verdade. MARIA EDINUSIA DE SANTANA
PACHECO - Escrevente Autorizada. Selo Digital de Fiscalização: SELU 3-
AAC057174-A182.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

Registro N. 665163 / 2017

Digitacao: 13/01/2017 (MARLUCIA.LIMA)
Livro: 2107 Pagina:20

Enviar para **05o DISTRITO POLICIAL**

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 13 de janeiro de 2017, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por foi designado o perito:

MARLUCIA FERREIRA ALMINO DE LIMA CRM Nº - 3902

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

a fim de ser atendida a requisição de nº 20 / 2017, emitida pelo (a) **05o DISTRITO POLICIAL** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 14:23 hs de 13/01/2017 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, finde os quais declara:

HISTÓRICO

Primeiro exame no livro 2070, página 32. Apresentou atestado assinado pelo médico José Nilo Dourado, CRM 1365, datado do dia 19/12/2016, informando que a pericianda está de alta definitiva, com sequela de lesão do supra espinhoso. Ultrassonografia datada do dia 08/09/2016, assinado pelo médico Thiago Cavalcante de Vasconcelos, CRM 12077 com resultado de ruptura completa do tendão supra-espinhoso.

AO EXAME

Uso de tipóia no membro superior esquerdo.

Limitação dos movimentos que envolvem o ombro esquerdo.

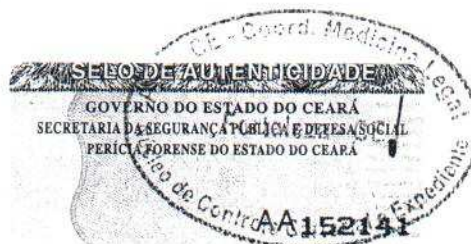
RESPOSTA AOS QUESITOS

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74: perda funcional incompleta intensa (75%) do ombro esquerdo, que corresponde a 18,75% do valor geral do corpo.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Marluce F. Almino de Lima
MARLUCIA FERREIRA ALMINO DE LIMA
CRM Nº - 3902



13/1/2017 14:35

1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL



GUIA POLICIAL A PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6329 / 2016

GUIA ANTERIOR Nº 127 - 289 / 2016

GUIA Nº 105 - 20 / 2017

FORTALEZA, 13 de Janeiro de 2017

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **SANIDADE EM LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Data de Nascimento: **25/04/1940**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Grau de Instrução: **ENSINO FUNDAMENTAL**

Profissão: **CABELEREIRA**

Filiação: **SILVINO FERREIRA CAMPOS**

MARIA LUIZA CAMPOS

Documento de Identificação: **RG**

Número: **20082484834**

Órgão Emissor: **SSPCE**

UF:

Residência: **RUA 66, 590 3ª ETAPA, PREFEITO JOSE WALTER, 60750-800 - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R JULIO VERNE, SERRINHA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/08/2016 06:40**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL**

DELEGADO(A) RAIMUNDO ROCHA DE ANDRADE JUNIOR - 13385610

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL A PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL** a Guia de número **20 / 2017** do município de **FORTALEZA**

Em ____/____/____

Nome/Assinatura

fls. 19

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE 18/08/2016 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 74210670359

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
() CPF do Representante Legal (cópia simples)
() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
() Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
() Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
() Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
() CPF da vítima (cópia simples)
() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
() Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
() Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
() Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
() CPF da vítima (cópia simples)
() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
() Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
() Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
() CPF da vítima (cópia simples)
() Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
() CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
() Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
() Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
() Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
() Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
() Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
() Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
() Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
() Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
() Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
() Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
() Declaração de Únicos Herdeiros (original)
() Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
() Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
() Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Data

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente

Data:

Assinatura:

Matrícula



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13181767

A/C: RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

Nº Sinistro:	3180031496
Vítima:	RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR
Data do Acidente:	18/08/2016
Cobertura:	DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

Valor: R\$ 140,91

Banco: 237

Agência: 000000645-9

Conta: 000001008111-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas de Fortaleza

Registro N. 644282 / 2016

Digitacao: 25/08/2016 (RAIMUNDO.LIMA)
Livro: 2070 Pagina:32

Enviar para **05o DISTRITO POLICIAL**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 25 de agosto de 2016, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas de Fortaleza, por foi designado o perito:

RAIMUNDO NONATO LIMA

CREMEC Nº: 3694

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

a fim de ser atendida a requisição de nº 1466 / 2016, emitida pelo (a) **DELEGACIA ACIDENTE E DELITOS DE TRANSITO** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 16:00 hs de 25/08/2016 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Histórico: periciada informa que teria sido vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido às 06:40h do dia 18/08/2016. Ao exame: apresenta curativo sobre o mento que uma vez retirado demonstra edema, equimose e lesão suturada com um ponto em nylon nesta região, equimose de coloração violácea em face externa do braço e ombro esquerdos medindo aproximadamente 10.0 x 8.0 cms de diâmetro, escoriações em face posterior do cotovelo esquerdo. Encontra-se a mesma em uso de t?ôa no membro superior esquerdo. Edema traumático e equimose violácea em joelho esquerdo, escoriação em face interna da perna direita. Porta registro de atendimento emergencial que a identifica e informa... vítima de acidente de ônibus com lesão em face por pancada em t?olos e lesão em mento que informa ter sangrado muito.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexa causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Traumatismo na face com lesão contusa em mento + equimoses em membro superior esquerdo + trauma em joelho esquerdo. A quantificação de danos será feita após alta definitiva com laudo médico.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

RAIMUNDO NONATO LIMA
CREMEC Nº: 3694

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA 090524

**MÁRIO DE ASSIS**

Diagnóstico por Imagem
Paciente..... **RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR**
Exame.....: **745733 US OMBRO ESQUERDO**
Convênio.....: **PARTICULAR**
Solicitante.....: **DR. JOSE NILO DOURADO**
Executante.....: **DR. THIAGO CAVALCANTE DE VASCONCELOS**
Atendimento.: **847275** Data: **08/09/2016** Usuário: **RAFA**

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado com transdutor de 12 Mhz.

Pele e tecido subcutâneo de aspecto preservado.

O tendão do supra-espinhoso não foi encontrado em sua topografia habitual. O achado é compatível com ruptura completa do tendão.

Demais tendões do manguito rotador integros.

Apresenta líquido livre na bursa subacromial-subdeltoidea.

Tendão da cabeça longa do biceps de aspecto normal.

Articulação acrômio-clavicular sem alterações.

Impressão Diagnóstica:

Sinais ecográficos de ruptura completa do tendão supra-espinhoso.
Bursite subacromial-subdeltoidea.

DR. THIAGO CAVALCANTE DE VASCONCELOS
CRM: 12077

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal das Finanças		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 2215					
Data e Hora da Emissão		06/10/2016 14:31:52		Competência		10/2016		Código de Verificação		531631312	
Número do RPS				No. NFS-e substituída				Local da Prestação		FORTALEZA - CE	
DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Razão Social/Nome		CENTRO DE OFTALMOLOGIA S/S LTDA									
Nome Fantasia		OFTALMED									
CPF/CNPJ		09.501.255/0001-02		Insc Municipal		015.980-8		Município		FORTALEZA-CE	
Endereço e CEP		R CARLOS VASCONCELOS,1516 - ALDEOTA CEP: 60.115-171									
Complemento				Telefone		(85)3268-3318		E-mail		oftalmed@netbandalarga.com.br	
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS											
Razão Social/Nome		RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR									
CPF/CNPJ		742.106.703-59		Inscrição Municipal				Município		FORTALEZA - CE	
Endereço e CEP		RUA 66, CASA 590 - JOSE WALTER CEP: 60.750-800									
Complemento		3ª ETAPA		Telefone		(85)3469-1150		E-mail			
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
REFERENTE A HONORÁRIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS.											
CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE											
4.03 / 863050101 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS											
DETALHAMENTO ESPECÍFICO DA CONSTRUÇÃO CIVIL											
Código da Obra				Código ART							
TRIBUTOS FEDERAIS											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
INSS(R\$)				CSLL(R\$)							
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços						Cálculo do ISSQN devido no Município					
Valor dos Serviços R\$		300,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		300,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no Município		(-) Deduções Permitidas em Lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		300,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(X) Alíquota %		3,00			
(-) ISS Retido		0,00		2 - Não		ISS a reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		300,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$		9,00			
				2 - Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços, no site http://iss.fortaleza.ce.gov.br 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site, com a utilização do Código de Verificação.									



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6329 / 2016

GUIA ANTERIOR Nº 301 - 1466 / 2016
 GUIA Nº 127 - 289 / 2016

FORTALEZA, 23 de Novembro de 2016

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **SANIDADE EM LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Data de Nascimento: **25/04/1940**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Grau de Instrução: **ENSINO FUNDAMENTAL**

Profissão: **CABELEREIRA**

Filiação: **SILVINO FERREIRA CAMPOS**

MARIA LUIZA CAMPOS

Documento de Identificação: **RG**

Número: **20082484834**

Órgão Emissor: **SSPCE**

UF:

Residência: **RUA 66, 590 3º ETAPA, PREFEITO JOSE WALTER, 60750-800 - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R JULIO VERNE, SERRINHA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/08/2016 06:40**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL**

659005

02 12 16
 12 23

Ana

DELEGADO(A) **EVANDRO ALVES DE SOUZA - 14699**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL** a Guia de número **289 / 2016** do município de **FORTALEZA**.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura



Registro N. **659005 / 2016**

Digitacao: 02/12/2016 (JUTS.DIAS)
Livro: 2096 Pagina:72

Enviar para **05o DISTRITO POLICIAL**

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 2 de dezembro de 2016, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas de Fortaleza, por foi designado o perito:

JUTS ERICO CAVALCANTE DIAS

- CRM - Nº: 7265

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

RAIMUNDA FRANÇINETE CAMPOS DE AGUIAR

a fim de ser atendida a requisição de nº 289 / 2016, emitida pelo (a) **27o DISTRITO POLICIAL** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 14:20 hs de 02/12/2016 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Primeiro exame no Livro 2070, página 32. Traz atestado médico do Centro Traumatológico Ortopédico, assinado pelo Dr. José Nilo Dourado (CRM 1365), informando que a pericianda está em tratamento por tempo indeterminado de lesão de tendão supraespinhoso. Ao exame: em uso de tipoia no membro superior esquerdo; sem outras lesões de interesse médico-legal.

RESPOSTA AOS QUESITOS

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Retornar após o término do tratamento para exame complementar, com atestado médico de alta definitiva (informando as sequelas, se houver).

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.


JUTS ERICO CAVALCANTE DIAS
- CRM - Nº: 7265

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA161045

**MÁRIO DE ASSIS**

Diagnóstico por Imagem

Paciente.....: RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

Exame.....: 765871 US JOELHO ESQUERDO

Convênio.....: PARTICULAR

Solicitante.....: DR. JOSE NILO DOURADO

Executante.....: DR. ANTONIO JOAQUIM DE C. MELO VIANA

Atendimento.: 863088

Data: 07/12/2016

Usuário: RAFA

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado com transdutor de 10 Mhz.

Pele de espessura normal.

Tendão do quadríceps, patelar e pata anserina sem alteração.

Gordura de Hoffa normal.

Ligamentos colaterais íntegros.

Pequena derrame articular situado no recesso suprapatelar.

Osteófitos marginais.

Redução do espaço articular.

Não há evidência de cisto de Baker.

Vasos poplíteos púrvios.

DR. ANTONIO JOAQUIM DE C. MELO VIANA

CRM: 3129

Ultrassonografia • Radiologia • Mamografia Digital • Densitometria Óssea • Tomografia Computadorizada • Ressonância Magnética

Rua 24 de Maio, 1.445 - Centro - Fortaleza - CE - CEP: 60060-000 - Fone: (85) 3034.0000 - 9.6485.0110

**CTO**Centro
Traumato
Ortopédico**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que a paciente Raimunda Francinete Campos de Aguiar está sob meus cuidados médicos devido a um acidente ocorrido no dia 18 de agosto de 2016 pela empresa Maraponga de veículos (ônibus) ficando assim com lesão de tendão supra espinhoso. Está em um tratamento por tempo indeterminado para uma melhor qualidade de vida estando assim impossibilitada de exercer plenamente a função do braço esquerdo, por conta da lesão do supra espinhoso conforme a ultrassonografia.

Dr. José Nilo Dourado
Ortopedia - Traumatologia - Fisioterapia
CRM: 1365 - CFE 036.166.622/12

José Nilo Dourado

CRM 1365

CTO

Domiciliar - das 20:00 às 06:00

RS 40,15 ~~XX~~

FAB: S#0312000000000033603

25

Recibo

R\$ 100,39

Eu, Raimunda Francinete Campos de Aguiar, portadora da RG Nº xxxxxx, Residente na Rua: 66, Nº 590, 3ª Etapa, bairro José Walter, Fortaleza – Ce, recebi o valor de R\$ 100,39 (Cem reais trinta e nove centavos) de MARAPONGA TRANSPORTE LTDA que possui como objeto a ajuda de custo que a empresa fornece voluntariamente em razão de acidente de trânsito ocorrido em 18/08/2016 com o ônibus da Empresa Maraponga Transporte Ltda., veículo número 26127, ocorrido na Rua Julio Verne, no bairro Serrinha

Fortaleza – CE, 25 de agosto de 2016.

Raimunda Francinete C. Aguiar
 RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS DE AGUIAR

Marcelo Antonio Rocha Trindade
 79864350382

10.00

RAIMUNDA FRANCINETE CAMPOS AGUIAR

CORRIDA JOSÉ WALTER ALDEOTA + 02:00 hs
ESPERA

FORTALEZA 23 AGOSTO 2016

SUPER RENT A CAR

[Handwritten signature]

50,00

Francinete

50,00

corrida ida/volta (centro)
(CTO)

Fortaleza 02 setembro 2016

SUPER RENT A CAR



RECIBO

Recebemos da Sra. Raimunda Francinete Campos de Aguiar a importância de R\$ 300,00 (Trezentos reais), referente a uma consulta oftalmológica realizada em sua pessoa, conforme nota fiscal em anexa de nº 2215 do Centro de Oftalmologia S/S Ltda realizada através da médica Marcia Medeiros.

Fortaleza, 06 de Outubro de 2016.

09.501.255/0001-02
OFTALMED
CENTRO DE OFTALMOLOGIA S/S LTDA
Rua Carlos Vasconcelos, 1516
Aldeota - CEP: 60115-170
FORTALEZA - CEARÁ


Márcia Medeiros
CRM - 1189
CPF: 208.813.803-00



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**
Núcleo Central de Atendimento

ROL DE TESTEMUNHAS

1. NOME: Maria Leniza de Souza Mello
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Antonio Pompeu
 Nº: 999 COMPLEMENTO: - BAIRRO: Centro
 CIDADE: Fortaleza ESTADO: CE CEP: 60040-001
 ENDEREÇO COMERCIAL: -
 Nº: - COMPLEMENTO: - BAIRRO: -
 CIDADE: - ESTADO: - CEP: -
 ESTADO CIVIL: Casada IDADE: 04
 PROFISSÃO: Do lar
 Nº CPF: 812.459.048-68
 Nº RG: 3314489-1154487 SSP/GO
2. NOME: Maria das Graças Cordeiro Teixeira
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Dr. Atualpa Barboza de Lima
 Nº: 145 COMPLEMENTO: Apto 1001 BAIRRO: Baia de Tracema
 CIDADE: Fortaleza ESTADO: Ceara CEP: 60060-370
 ENDEREÇO COMERCIAL: -
 Nº: - COMPLEMENTO: - BAIRRO: -
 CIDADE: - ESTADO: - CEP: -
 ESTADO CIVIL: Viúva IDADE: 68
 PROFISSÃO: Professora
 Nº CPF: 854.992.508-04
 Nº RG: 94002562063 SSP-CE
3. NOME: TARCISIO GAMA DA SILVA
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: MAJOR FACUNDO
 Nº: 1768 COMPLEMENTO: APÓS ALTOS BAIRRO: JOSÉ BONIFÁCIO
 CIDADE: FORTALEZA ESTADO: CEARA CEP: 60025-101
 ENDEREÇO COMERCIAL: -
 Nº: - COMPLEMENTO: - BAIRRO: -
 CIDADE: - ESTADO: - CEP: -
 ESTADO CIVIL: CASADO IDADE: 55 ANOS
 PROFISSÃO: POLICIAL MILITAR
 Nº CPF: 219.125.213-34
 Nº RG: 014483-1-5 PMCE

OBSERVAÇÕES:

///Não podem ser pessoas da família ou menor de idade;
 Não esqueça de preencher nenhum dos dados acima;
 Preencher com letra legível;
 Não é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública; somente os dados indicados acima.