

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: CASADA

RG: 2003007048705 Órgão Emissor: SSP-CE Data da Emissão: 22.12.03

CPF: 296.388.443-53 Profissão: DO LAR

Endereço: TRAV. VINTE E QUATRO DE MARÇO, 31

Bairro: DIAS MACEDO Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.860-528

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da clausula ad judicia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 25 de FEVEREIRO de 2019.

Maria Leda de Oliveira Ribeiro

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>MARIA LÉDA DE OLIVEIRA RIBEIRO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADA</u>	
RG: <u>2003007048705</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>22.11.03</u>
CPF: <u>296.388.443-53</u>	Profissão: <u>DO LAR</u>	
Endereço: <u>TRAV. VINTE E QUATRO DE MARÇO, 31</u>		
Bairro: <u>DIAS MALEDO</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60.860-528</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 25 de FEVEREIRO de 2019.

+ Maria Leda de Oliveira Ribeiro

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 25 de FEVEREIRO de 2019.

Ciente:

+ Maria Leda de Oliveira Ribeiro



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 536325378
Rota 04 01210 28 261400 - 3 Data de Emissão 07/08/2018
Nome RAIMUNDO RIBEIRO FILHO
End. Postal TR VINTE E QUATRO DE MARCO 00031
DIAS MACEDO - FORTALEZA - 60860528
Medidor 5519383 Poste 2632 L46T
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 359373273-49 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 07/08/2018
Data da Apresentação 07/08/2018
Previsão Próxima Leitura 06/09/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 07/08/2018
Mês 07/08/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9059.2900.4046.5830.1400.0105.0038.0607

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual
DIC	4.96	9.91	19.82
FIC	0.17	0.51	1.53
DMIC	2.77		8.60

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 40030	39950	1.80	2.00	30	0.12	5.40
07/08/18	06/07/18	22 0140	72			19.22

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES 19,22
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,96
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,55
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -44,23
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,84)

VENCIMENTO 14/08/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	19,22
Iluminação	4,96
Distribuição	0,55
Encargos Setoriais	0,55
Tributos (PIS-COFINS)...	1,84
TOTAL	19,72

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses

12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01
75	74	67	56	73	54	61	54	82	104	05	06

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg CO₂ 2,81 Compensado kg CO₂ 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor De dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,50% e COFINS:2,30%
(Anexo V Res. 100 2009 - ANEEL e Anexo II 10.027/02 - IN 003/03)

Estamos em Bandeira vermelha reatamos 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.eneel.gov.br

Nº do Cliente 07/08/2018 Referência 0,00
Data de Emissão 536325378 Total a Pagar (R\$) 0006977928 00036 39362 59
Nº de Nota Fiscal Nº de Controle
PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

RG: 2003007048705 Órgão Emissor: SSP/CE Data da Emissão: 22.12.03

CPF: 296.388.443-53 Profissão: DO LAR

Endereço: TRAV. VINTE E QUATRO DE MARÇO, 31

Bairro: DIAS MAMEDO Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.860-528

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 25 de FEVEREIRO de 2019.

Maria Leda de Oliveira Ribeiro

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>MARIA LÉDA DE OLIVEIRA RIBEIRO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADA</u>	
RG: <u>2003007048705</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>22.12.03</u>
CPF: <u>296.388.443-53</u>	Profissão: <u>DO LAR</u>	
Endereço: <u>TRAV. VINTE E QUATRO DE MARÇO, 31</u>		
Bairro: <u>DIAS MACEDO</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA /CE</u>	CEP: <u>60.860-528</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 25 de MARÇO de 2019.

Maria Leda de Oliveira Ribeiro



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



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2729 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **23/03/2016 14:03:07**

Data / Hora da Ocorrência : **08/01/2016 14:40:00**

Endereço da Ocorrência: **ROD BR 401 KM 02**

NAO INFORMADO ITAPIPOCA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO**

Nascimento : **12/07/1963**

RG: **2003007048705** Órgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **FRANCISCO BATISTA DE OLIVEIRA**

MARIA ALICE SOUSA DE OLIVEIRA

Endereço: **R VINTE E QUATRO DE MARÇO 31 CASA**

DIAS MACEDO 60860528

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **988844327**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE(MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO-VITIMA), QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE A VITIMA ERA A PASSAGEIRA, QUE QUEM CONDUZIA O VEICULO ERA RONALDO MARCIO SOARES BRITO(HABILITADO), DA MARCA HYUNDAI HB20S 1.0M COMF, ANO 2014/2015, COR PRETA, PLACA PMW8076/CE E LICENCIADA EM NOME DE RONALDO MARCIO SOARES BRITO. QUE TRAFEGAVAM PELA ROD.BR 401 KM 02,ITAPIPOCA/CE, QUANDO DE REPENTE O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E VEIO A CAPOTAR. QUE A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO EM ITAPIPOCA-CE .QUE O PROPRIETARIO DO VEICULO REGISTROU O BO NO. 110-615/2016, NA 10. DP, QUE NÃO TINHA FIM DE DPVAT. E NADA MAIS DISSE. //

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL : 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Adriana Arrais Moreira

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Maria Leda de Oliveira Ribeiro

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 215607	Atendimento 0001	Nome do Paciente MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado:			Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 12/07/1963	Local FORTALEZA/CE		Idade 52 Ano(s)	
Pai FRANCISCO BATISTA DE OLIVEIRA	Mãe MARIA ALICE SOUSA DE OLIVEIRA			
Endereço TRAVESSA 24 DE MARCO, SN	Bairro DIAS MACEDO	CEP 60000-000	Município FORTALEZA	UF CE
Profissão DOMESTICA	Empresa	Cônjuge RAIMUNDO RIBEIRO FILHO	Telefone 85996285	
Responsável RITA SOUSA AGUIAR	CPF do Responsável	Endereço TRAVESSA 24 DE MARCO, SN	Município FORTALEZA	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/01/2016	Hora 14:53	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento VICENTE ALVES GIFFONI	CRM/UF 16819/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário SYLVANIA DOURADO DE SOUSA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 08/01/2016 14:53	Tipo de Saída Alta		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pct vítima de capotamento, refere dor e topografia clavicular E.
 apresenta lesões de pele mltas e contusões E.
 PA = 120 x 80, SpO₂ = 98%. FC = 83.
 A, B, C, D → ok Glasgow 15.
 E → Deformidade e topografia clavicular E
 lesões cutâneas E.
 #CO: Rx + Tomografia

Procedimento realizado pelo SUS
 (Sistema Único de Saúde) sem
 nenhum ônus para o paciente ou
 qualquer tipo de convênio.

HMSVP

VICENTE ALVES GIFFONI - CRM: 16819

Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: RITA SOUSA AGUIAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE maio lede didalino			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 30
INÍCIO DO TRATAMENTO 13/01/16	DATA DA ALTA 20/01/16	DATA DO RETORNO	MÉDICO(A) PARA RETORNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

**trouxo tosse + ruídos
no estômago**

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	trouxo tosse
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

trouxo tosse + tosse

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

**Receita no dia 10/02/16
de acordo com 1400**

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

20, 01, 16

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. [Assinatura]



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

fls. 16

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Me LENA DE O. RIBEIRO

R
no 0241
Be. Amparo 100 - 16
Apo. 1 de 1624

ITAPIPOCA, 08 de 01 de 2016
Dr. José Valtel Pires
CREMEC 5497
TRAUMATO - ORTOPEDIA
ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
TEL: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Mariê Lede de O. Ribeiro

Rx

Uso IM

① Vacina antitetânica
Aplicar 1 dose.

(dT) — 1 dose.

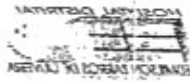
adm
02/03/16
221505 B
np

ITAPIPOCA, 08 de 01 2016

ASSINATURA E CRM

Dr. Vicente Alves Giffoni
Médico
CREMEG 16.819

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE: MARIA LÉDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

*Instituído no mundo sepeiro hno
Velpen.*

Dr. Cláudio Martins
Reumatologista
CREMEC 5888 SBO 8728
130116

Gráfico HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Fortaleza, ____ de ____ de 20__

Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



fls. 19

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Maria Leda de Oliveira Ribeiro

Exame: 20 ss de fratura - 1º exame
fun: mobilização e fratura de clavícula

Gráfica HDEBO - Messejana

D. Claudio Martins
Traumatologia
CREMEC 0886 8807 8726

090360

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Fortaleza, ____ de ____ de 20__

Assinatura e carimbo do profissional

Voltar em:	20 01 16	às	07:00h	horas
Voltar em:	17 10 02	às	07:00h	horas
Voltar em:	09 03	às	07:00h	horas
Voltar em:	13 04	às	07:00h	horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas
Voltar em:		às		horas



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

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

Registro N. 731838 / 2018

Digitacao: 06/03/2018 (JOSE.MARIO)
Livro: 2234 Pagina:8

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 6 de março de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

JOSE MARIO DE LIMA JUNIOR

CREMEC 9889

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

MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

a fim de ser atendida a requisição de nº 89 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:50h de 06/03/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

HISTÓRICO: Pericianda comparece para exame de Lesão Corporal - DPVAT munida de guia policial aonde consta que às 14h40min de 08/01/2016 teria sido vítima de acidente de trânsito. Pericianda relata ter sido socorrida em hospital do interior e posteriormente ter sido internada em Fortaleza para drenar tórax pois teria perfurado o pulmão esquerdo. Relata fortes dores e limitação motora no ombro esquerdo desde o ocorrido, apesar dos tratamentos.##

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

1. BO Nº 301-2729/16 que corrobora o relato de data e dia do ocorrido;
2. Guia de Atendimento Hospital de Itapipoca datado de 08/01/2016 e assinado pelo Dr Vicente Alves Giffoni CRM 16819 do qual se extraiu: "(...) vítima de capotamento, refere dor topografia clavícula E, apresenta lesão de partes moles em antebraço E (...) deformidade em topografia clavícula E (...)";
3. Registro de Atendimento Emergencial Gonzaguinha de Messejana datado de 13/01/2016 e assinado pelo Dr. Cláudio Martins CREMEC 5888 do qual se extraiu: "(...) fratura de clavícula E (...)";
4. Guia de Solicitação de Internação datada de 13/01/2016 e assinada pelo Dr. Filipe Castro de Andrade CREMEC 11515 do qual se extraiu: "(...) fratura de clavícula esq + hemotórax à esquerda (há 5 dias) (...) necessita intervenção (drenagem de tórax) (...)".##
5. Atestado médico datado de 18/01/2018 e assinado pelo Dr. Cláudio Costa Martins de Sousa CRM 5888 do qual se extraiu: "Atesto para os devidos fins que Maria Leda de Oliveira foi submetida a tto conservador de fratura de clavícula E, recebendo alta em abril/2016. Pac refere dor e incapacidade p/ trabalho. Ao exame: dor à mobilidade de ombro. Rx: fratura consolidada. Solicito afastamento do trabalho."##

AO EXAME FÍSICO: Palpação da clavícula esquerda revela calosidade óssea compatível com fratura antiga consolidada, porém sem deformidades. A movimentação passiva da cintura escapular esquerda produz crepitar e dor, além de haver limitação de amplitude de movimento. Os movimentos ativos executados pela pericianda estão reduzidos em cerca de 75% se comparados aos do ombro direito.##

DISCUSSÃO MÉDICO-LEGAL E CONCLUSÃO: Trata-se, pois, de ofensa à integridade corporal compatível com ação contundente impetrada no contexto e no tempo do acidente de trânsito alegado. A pericianda já se encontra de alta médica com sequelas de repercussão intensa sobre a motricidade do ombro esquerdo, cuja redução é da ordem de 75% se comparada aos movimentos do ombro direito.##

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo 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.

6/3/2018 14:25

1 de 2

ASSINADO DIGITALMENTE POR JOSE MARIO DE LIMA JUNIOR:65123204334



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL

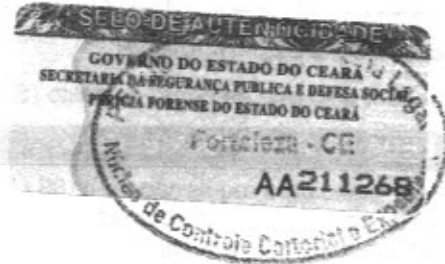
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

Continuação do laudo N. 731838 / 2018 Livro 2234 Pagina 8 Data 06/03/2018

Na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74, trata-se de uma perda funcional permanente incompleta, de intensa repercussão (75%, conforme inciso II do parágrafo 1º do Art. 3 da Lei 6194/74), afetando o ombro esquerdo, o qual representa 25% de perda funcional (conforme o supracitado anexo). Desse modo, o cômputo é de 75% dos 25% relacionados ao ombro, o que resulta no percentual final de 18,75%.##

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

JOSE MARIO DE LIMA JUNIOR
CREMEC 9889



SINISTRO 3180176979 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

CPF/CNPJ: 29638844353

Posição em 26-09-2018 08:53:04

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/05/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/05/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/04/2018	Interrupção de Prazo	
25/04/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE

