

Márcio Torres

ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 13

OUTORGANTE: **MARIA JOSE BEZERRA TORRES**, brasileira, solteira, Comerciante, Identidade nr. 108221286-SSPCE-, CPF nr. 441.924.793.20, residente e domiciliada na Rua Adolfo Caminha, 215, Aracati-Ce. Cep.62.800.000.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

OUTORGADOS: **DR. MANUEL MÁRCIO BEZERRA TORRES**, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 8.420, C.P.F nº 241.276.123-04, com escritório na **Rua Melo Cesar, 805, Cidade dos Funcionários, Cep.60.823-110 - Fortaleza-Ce.,** **email:marciotorresadvogados@gmail.com** **Fone: (85) 87898233 - 30886727**, onde receberão intimações.

PODERES GERAIS: Conferindo amplos poderes para **foro** em geral, com a Cláusula "**ad judícia**" em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme e valioso. **Declara neste ato que é pobre na forma da Lei nr. 1060/50, não podendo arcar com as despesas do presente processo, requerendo os benefícios da Justiça Gratuita.**

Fortaleza (Ce), 21 de Maio de 2019.

Maria Jose Bezerra Torres.

Rua Melo César, 805, Cid. dos Funcionários - Fortaleza - Ce - CEP: 60.823-110
(85) 9 9992.5024 / 9 8789.8233 / 3087.6944 | marciotorresadvogados@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

DOC/ENDEREÇO / CIDADE/UF: 106221286 SSP CE

CPF: 441.924.793-20 DATA NASCIMENTO: 09/05/1966

RUÇÃO: MANUEL TORRES BANDEIRA

MARIA ZULIA BEZERRA TORRES

PERMISSÃO: [] ACC: [] CADAL: []

DT INSCRIÇÃO: 02908026386 NÚMERO: 10/05/2021 P. INSCRIÇÃO: 13/08/1998

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;

Maria Jose Bezerra Torres
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL: RUSSAS, CE DATA EMISSÃO: 15/07/2016

86548014724
CE153386193

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO - (CEARA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1289623913

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289623913

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
24 JAN 2019



Nº de Inscrição
048220175

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
End. Leitura: PR ADOLFO CAMINHA, 215, CENTRO
Cidade: ARACATI
CEP: 62800-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 004 Setor: 007 Quadra: 0125 Lote: 0113 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral m³
AGUA	R11F010088	797	805	8	9

DATAS

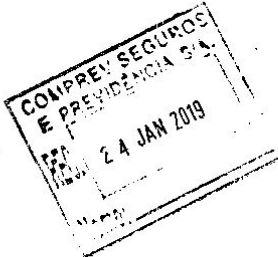
Leitura Atual: 09/11/2018 Emissão: 09/11/2018 Lacre Água: 2865111
Leitura Anterior: 09/10/2018 Próxima Leitura: 10/12/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 09/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0-10	0-10	0-05	0-10	0-10
Analisadas	0-10	0-10	0-10	0-10	0-10
Em conformidade	0-10	0-10	0-10	0-10	0-10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.



DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	24,40	Mês/Ano
ESGOTO	19,52	NOV/17
MULTA DE 2%	1,85	DEZ/17
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,02	JAN/18
		FEB/18
		MAR/18
		ABR/18
		MAI/18
		JUN/18
		JUL/18
		AGO/18
		SET/18
		OUT/18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Subsídio	Valor (R\$)
Descrição	Descrição	
PIS	VALOR DO SERVIÇO	89,87
COFINS	VALOR DO SUBSÍDIO	24,36
	VALOR TOTAL A PAGAR	45,49

MÊS/ANO: 11/2018 VENCIMENTO: 17/12/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 45,49

352967053938497 L: 3486 H: 07:48 R: 088 P: 001
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, SIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titulim, Outros. Para mais informações, consulte o site www.arce.ce.gov.br. A Cagece disponibiliza o serviço de atendimento ao cliente via telefone 0800 275 0195, disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

É obrigatório do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme necessidades das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na subfissão da Cagece: 3101.1918, de 9h às 12h e 13h às 17h. O endereço está em: 195, Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1519. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3635.



PROTOCOLO DE DEVOLUÇÃO DE PROCESSOS PAGOS / NEGADOS.

Nº	CLIENTE	SINISTRO/CPF	STATUS
1	MARIA JOSE BEZERRA TORRES	3190063660	PAGO

Entregue por: Alana

Recebido por: X

Data: 17/05/19

Maria Jose



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063660

Vítima: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

Data do Acidente: 09/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE BEZERRA TORRES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001559

Conta: 00000703832-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01855/01856 - carta_15R - INVALIDEZ

00030928



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	441.924.793-20	Maria Jose Bezerra Torres	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Maria Jose Bezerra Torres		441.924.793-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recusar	Pr Adolfo Caminho	216	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Aracati	CE	62800-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(85) 90957-7635		

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

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1559	CONTA: 703832	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que 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 prosseguimento 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não		

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aracati, 23/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

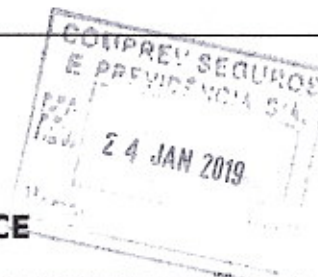
Impresso nº 2018296464

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 5204 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/12/2018 09:43:17**
Data / Hora da Ocorrência: **09/08/2018 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL POMPEU**
Complemento:
Bairro: **CENTRO**
Ponto de Referência:

Município: **ARACATI/CE**



Noticiante(s)

Nome: **MARIA JOSÉ BEZERRA TORRES**
Nascimento: **09/05/1966** CPF: **441.924.793-20**
RG: **108221286** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ZUILA BEZERRA TORRES**
MANUEL TORRES BANDEIRA
Endereço: **RUA PR ADOLFO CAMINHA, 215**
Bairro: **CENTRO**
Município: **ARACATI/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(85) 9957-7635**

Histórico

Informa a noticiante que estava conduzindo a moto de placa PNV3936/CE, RENAVAL 01095828140, CHASSI 9C2JC4830GR025968, de que é proprietária, na localidade mencionada acima, em direção defensiva, quando foi surpreendida por um senhor de bicicleta vindo desordenadamente em sua direção; QUE não conseguiu desviar; QUE não sabe quem é o senhor que estava na bicicleta; QUE, de imediato, foi levada pela ambulância ao hospital local; QUE a noticiante informa que quebrou o joelho e o braço, devido à colisão e queda; Que apresenta como testemunhas: José Wellington da Silva Soares, RG 1370540-87 SSPCE, CPF 28388780344, rua José de Alencar, 1191, Aracati; Maria Valdilene da Costa, RG 2004010208210 SSPDSCE, CPF 99965852391, rua Adolfo Caminha, 276, Centro, Aracati. ///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO ACACIO DO NASCIMENTO NETO - MAT.: 300687-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

WAGNER LUIZ DE LIMA - MAT.: 30119673

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

Consolidado em: 13/12/2018 09:55:52



Pág. 1 de 1

em: 13/12/2018 09:55:52



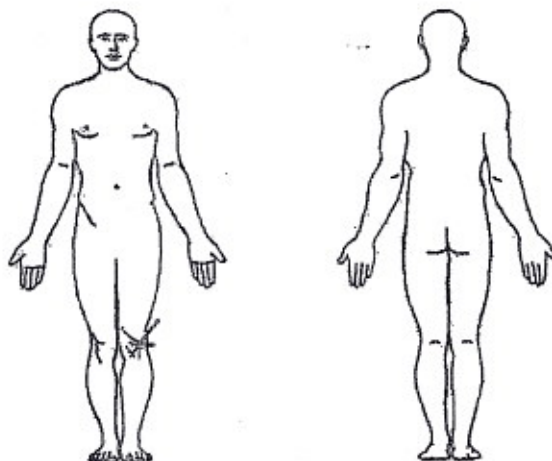
ULTIMA REFEIÇÃO: DATA 09/08/18 HORAS 08:00 VIAS AEREAS: ☒ PERVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA METODO AVDI:

☒ ALERTA ☐ RESPONDE ESTIMULO VERBAL ☐ RESPONDE ESTIMULO DOLOROSO ☐ INCONSCIENTE

PRINCIPAIS LESÕES:

- ☐ AMPUTAÇÃO
☐ CONTUSÃO
☐ DEFORMIDADE
☒ DOR
☐ EDEMA
☐ ESCORIAÇÕES



- ☐ FRATURA ABERTA
☐ FRATURA EXPOSTA
☒ FRATURA FECHADA
☐ HEMATOMA
☐ LACERAÇÃO
☐ LUXAÇÃO
☐ QUEIMADURA

BPM: 119

P.A. 100x110

TEMP: -

DX: -

SPO2: 99

VPM: -

MUCOSA: ☐ SECA ☒ UMIDA
PELE: ☐ CIANOTICA ☐ ICTERICIA ☐ PALIDA ☒ ROSADA
RESPIRAÇÃO: ☐ APNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ DISPNEIA ☒ EUPNEICO
SEM SINAIS VITAIS: ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE TRANSPORTE ☐ HOSPITAL

DESTINO: ☐ CLINICA ☐ HOSPITAL ☒ UPA ☒ RECUSA

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☒ NÃO PARENTESCO:

ASS: *Renata dos S.*

PLANTONISTA (HOSPITAL / CLINICA):

MEDICO/ CRM *Dra. Tereza Amalia Gomes* Médica *CRM-CE 19345* ENFERMEIRO/ COREN:

PLANTONISTA DO RESGATE:

ENFERMEIRO/ COREN: *Victoria Silva do Carmo* Enfermeira *COREN-CE 451 139* TECNICO/ COREN: *Fábia Rafaela dos Santos* *COREN-CE 20.194 CE* *Téc. de Enfermagem.*

MOTORISTA SOCORRISTA: *Adriano Wilson Lima*

APOIO:

☐ GMA ☐ CAPS ☐ BM ☐ HMED ☐ PC ☐ PM ☐ PRE ☐ PRF ☐ POPULARES

Nº VTR _____ RESP. _____

☐ SAMU ☐ CIOPAER

VITIMA REMOVIDA:

☐ GMA ☐ CAPS ☐ BM ☐ HMED ☐ PC ☐ PM ☐ PRE ☐ PRF ☐ POPULARES

Nº VTR _____ RESP. _____

☐ SAMU ☐ CIOPAER

ASSISTENCIA E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Acionados pelo 192 Budes para socorro. Maria José Bezerra Torres, adulta, 52 anos, vítima de colisão moto x bicicleta, sendo a mesma conduzida pelas duas condutoras de veículo automotor. Encontrava-se sentada no solo com a cabeça orientada verbalizando sendo o capote remanejo por populares procurando de dar um UTE e recusando atendimento hospitalar. A mesma anunciou recusa de responsabilizando mas posteriormente decidiu ir a UPA. Após imobilizado com prancha cervical e talas moléculas. Reforço que após recusar atendimento hospitalar a mesma se locomoveu e desambulou com auxílio, auxiliando por voluntários a lesão. Afirmação SSV, conduzida a UPA, avaliada pela Di.

Tereza Victoria Silva do Carmo Enfermeira *COREN-CE 451 139*



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 441.924.793-20 Nome completo da vítima: Maria Jose Bezerra Torres

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

Nome completo: Maria Jose Bezerra Torres CPF: 441.924.793-20

Profissão: Recusor Endereço: R. Adolfo Cominho Número: 216 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Aracati Estado: CE CEP: 62800-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (85) 99957-7635

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)

AGÊNCIA: 1559 CONTA: 703832 6

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que 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 prosseguimento 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aracati, 23/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Jose Bezerra Torres

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMed		ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
ACIDENTE: () Sim () Não		TRABALHO: () Sim () Não	
TRANSPORTE: () Moto () Carro () Outro		ACIDENTE: () Sim () Não	
AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	DEBILIDADE URGÊNCIA	AMARELO
DEBILIDADE URGÊNCIA	VERDE	DEBILIDADE URGÊNCIA	AZUL
Data: 09/08/18		Hora do Atendimento: 11:11	
Téc. de Enfermagem:		Téc. de Enfermagem:	
Nome: Maria José Bezerra Torres		Idade: 52 anos	
Data de nascimento: 01/05/66		RG/CPF/Outros: 308221386	
Filliação: Maria José Bezerra Torres		Tem Plano de Saúde: () Sim (X) Não Qual:	
Endereço: R. Adolfo Caminha - Centro		Nº: 215	
PSF:		ACS:	
T: 36 °C	PA: 120 x 80 mmHg	FC: 96 bpm	FR: 20 lpm
Nível de consciência: () Inconsciente () Orientado () Confuso () Desorientado		Alergias:	
ECG:		Violência: () Sim () Não	
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: () Sim () Não		TIPO DE DOR: () Leve () Moderada () Forte () Severa	
ATENDIMENTO E CONSULTA			
☐ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento		☐ Atendimento Médico de urgência em atenção especializada	
PROCEDIMENTO			
Motivo do Atendimento: ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)			
Paciente vindo da UPA analizada do tratamento logista apresentando náusea em MID.			
Enfermeiro(a):		Encaminhamento: () Clínica Médica () Traumatologia	
Anamnese (Conduta Médica)			
Hipótese Diagnóstica			
Prescrição na Urgência		Horário	Assinatura do executor
☐ Administração de medicamentos na Atenção Especializada		☐ Retirada de Cerume de conduto auditivo externo	
☐ Inalação / Nebulização		☐ Enema	
☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento		☐ Sondagem Gástrica	
☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento		☐ Drenagem de abscesso	
☐ Retirada de pontos de cirurgias básicas		☐ Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões	
☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva		☐ Excisão de tumor de pele e anexos /isto sobilcoo	
☐ Pequena Cirurgia:		☐ Retirada de corpo estranho subcutâneo	
☐ Outros:		☐ Excisão e sutura de linfangioma /nevus /lesão cutânea	
Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()			
Assinatura e Carimbo Médico - CRM		Assinatura do paciente	



ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE: () SIM () NÃO fls. 24
 TRABALHO: () SIM () NÃO
 TRANSITO: () MOTO () CARRO
 () OUTRO _____

AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	10 MIN MUITO URGÊNCIA	LARANJA	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORA POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORA SEM URGÊNCIA	AZUL
----------------------------	-----------------	-----------------------------	----------------	---------------------	----------------	------------------------------	--------------	----------------------------	-------------

Data: 09/08/18 Hora do Atendimento: 09:24 Téc. De Enfermagem: _____

Nome: Maria Bone Bezerra Torres Idade: 52 Sexo: () F () M

Data de Nascimento: _____ RG/ CPF/ Outros: _____ CADSUS: _____

Filiação: _____ Tem plano de Saúde: S() N() Qual: _____

Endereço: Adolfo Caminha N° 227 Telefone: () _____

PSF: _____ ACS: _____

T: _____ °C PA: 160x110 mm/hg FC: 119 bpm FR: _____ irpm SPO2: 99 Dx: _____ mg/dl

Nível de Consciência: () Inconsciência () Orientado ()
 Confuso () Desorientado () ECG: _____ Alergias: NEGA Violência: () SIM () NÃO

CLASSIFICAÇÃO DA DOR: () Aguda () Crônica () Recorrente Tipo de Dor: () Leve () Moderada () Forte
 () Sim () Não () Severa

ATENDIMENTO E CONSULTA

() Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento () Atendimento Médico de Urgência e atenção especializada

HORA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 09:25

PROCEDIMENTO:

Motivo do Atendimento. ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico):

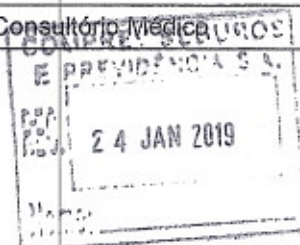
Paciente HAS; queixa-se de dor em PE; chega à unidade no serviço móvel do Hospital.

Enfermeira: Andra Rocha Costa

Encaminhamento: () Consultório Médico

ANAMNESE (Conduta Médica):

Vitória de acidente automobilístico.



Hipótese Diagnóstica:

PRESCRIÇÃO NA URGÊNCIA

HORÁRIO

ASSINATURA DO EXECUTOR

1) Paracetamol 500mg - 2cp po

2) Clopidogrel 75mg - 1cp po

3) Ibuprofeno 400mg - 1cp po

4) Clopidogrel 75mg - 1cp po

Dra. Terêza Maria Gomes
 Médica
 CREMEC 15359

10:15
Dra. Terêza Maria Gomes
 Médica
 CREMEC 15359

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta (x) Hora: 10:15 () Medicação () Nebulização () Observação
 Adulta () Observação Pediátrica () Transferência () Óbito () Atenção Primária

Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Assinatura do Paciente ou acompanhante

Rua C, S / N - Tabajara - Aracati - CE



PREFEITURA DO
ARACATI
AS PESSOAS EM PRIMEIRO LUGAR

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES EXTERNAS



NOME: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

PRONTUÁRIO: _____

LEITO: _____

DATA DE ADMISSÃO: / /

MÉDICO: _____

UNIDADE DE ORIGEM: UVA

UNIDADE DE DESTINO: UVA D.

DATA DE REFERÊNCIA: 9/3/19

HORA: h min.

P.A: _____ mmHg. FR: _____ bpm. FC: _____ rpm. T: _____ °C DX: _____ mg/dL SPO2: _____

Alergia? () NÃO () SIM, QUAL?

Suporte de O₂? () NÃO () SIM, QUAL?

Acesso Vasculares? () NÃO () SIM, QUAL?

Sondas? () NÃO () SIM, QUAL?

Drenos? () NÃO () SIM, QUAL?

Lesão de Pele? () NÃO () SIM, QUAL?

Outros Dispositivos? () NÃO () SIM, QUAL?

Curativos? () NÃO () SIM, QUAL?

Isolamento? () NÃO () SIM, QUAL?

Familiares Cientes? () NÃO () SIM, QUAL?

Médico Assistente Informado? () NÃO () SIM, QUAL?

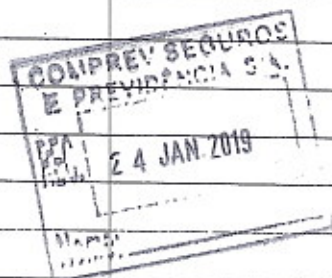
Exames Pendentes? () NÃO () SIM, QUAL?

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores.

em uso de medicação para hipertensão arterial e diabetes mellitus.

paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores.



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RECOMENDAÇÕES:

INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

RESPOSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO

Dra. Teresinha Gomes
Médica
CREMEC 19545



**PREFEITURA DO
ARACATI**
45 3740-2 741 PRIMEIROS

PREFEITURA MUNICIPAL DO ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS

Rua Dragão do Mar, 819 - Centro - Aracati-CE - Fone: (88) 3446.2441 / 34211384

Nome:

[illegible]

Dr. Jonatas Brito

CRM 13510

PARA: Maria Jose Bezerra Torres

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA TRAUMA SOBRE O OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO. PACIENTE SOFREU FRATURA DE UMEROS ESQUERDO SEM DESVIO E FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM PLATO TIBIAL + TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEROS COM IMOBILIZAÇÃO. PACIENTE REALIZOU REABILITACAO FISIOTERAPICA EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO COMPLETA DAS FRATURAS. COM ISSO, PACIENTE RECEBE ALTA AMBULATORIAL DEFINITIVA TENDO COMO SEQUELAS PERMANENTES DORES RESIDUAIS CRÔNICAS EM JOELHO ESQUERDO, CICATRIZES CIRURGICAS, DEFICIT DE FORÇA DE EXTENSAO DE 10%.

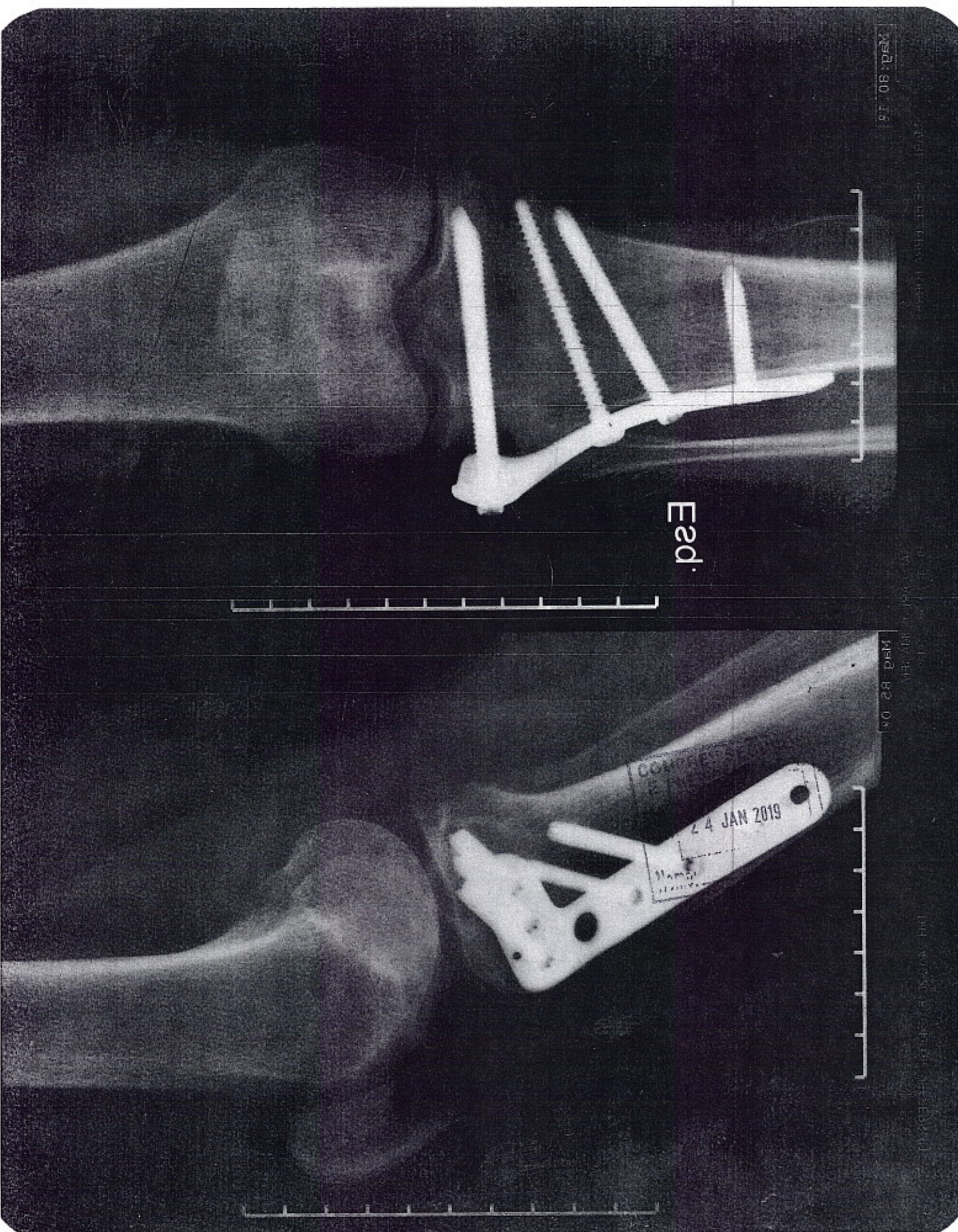
CID: S82.1

30.11.2018



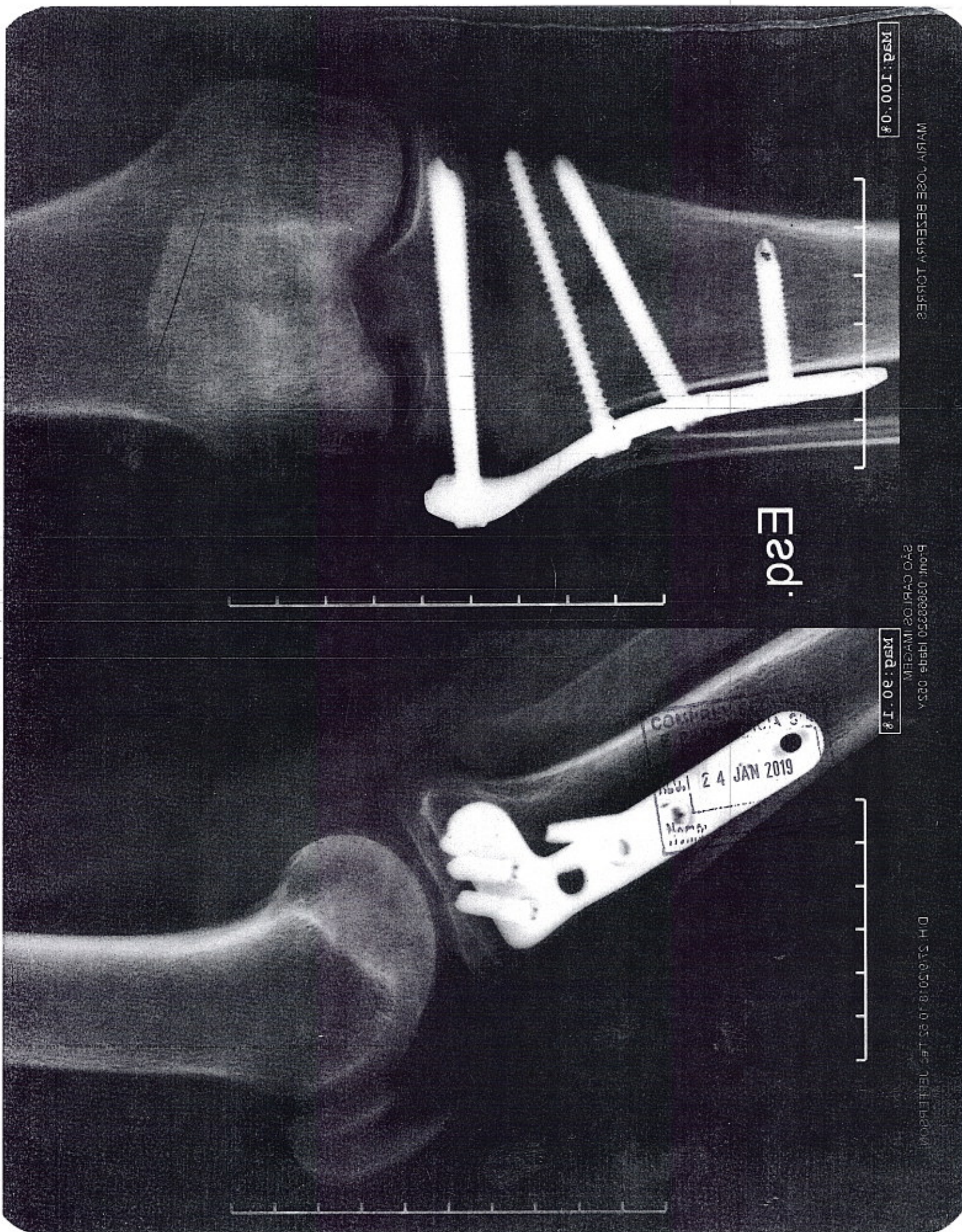
Jonatas Brito A. Neto
Trauma Ortopédico
Artroscopia/Cirurgia do Joelho
CRM 13510 / RQE 7510





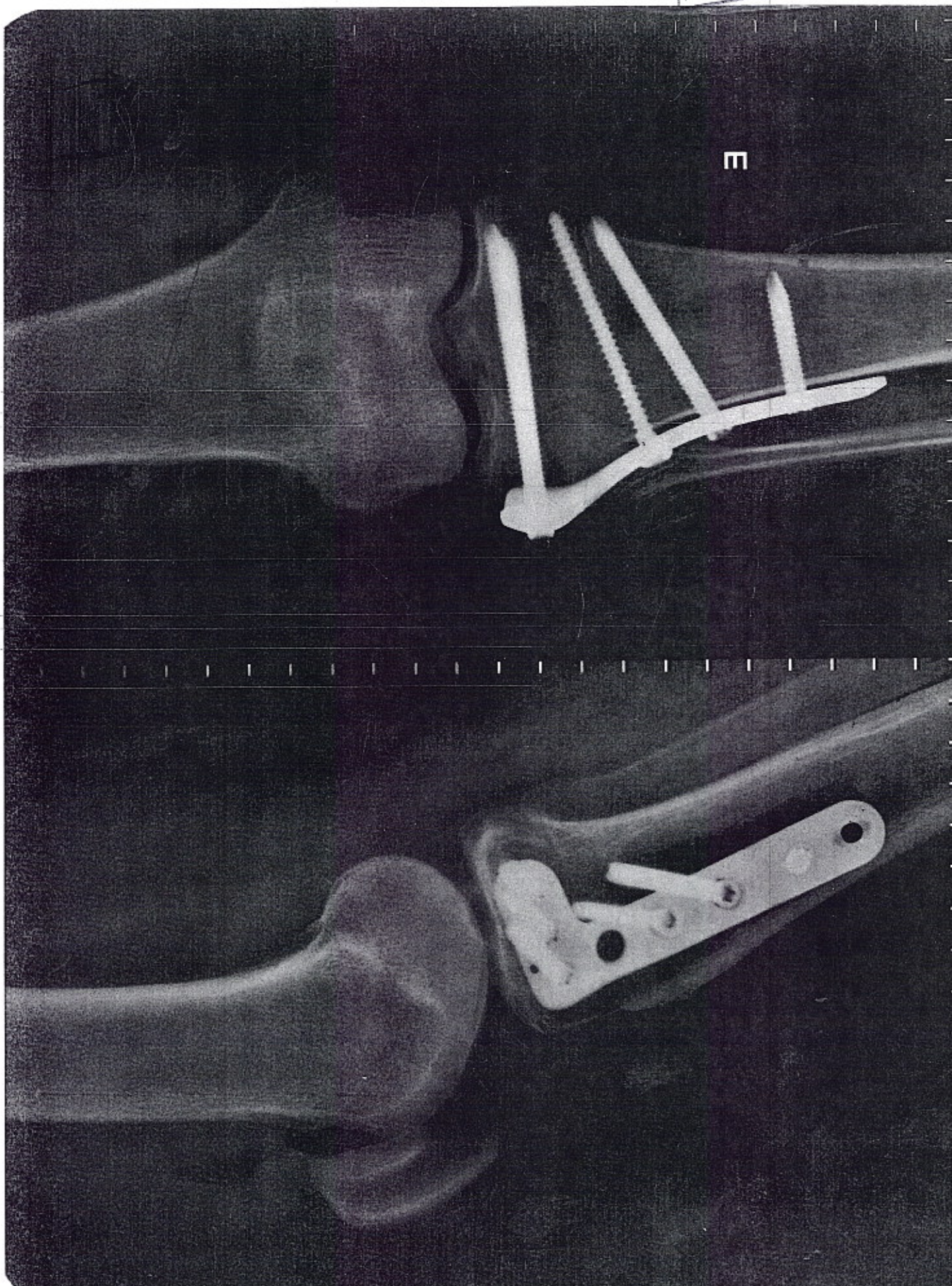
Esd.

24 JAN 2019



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
PPA
Nº 01
24 JAN 2019
Nome
Assinatura

fls. 30



Nome: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

Prof: 03888350
SVO CARLOS IMAGEM

Idade: 025Y D/H: 12/8/2018

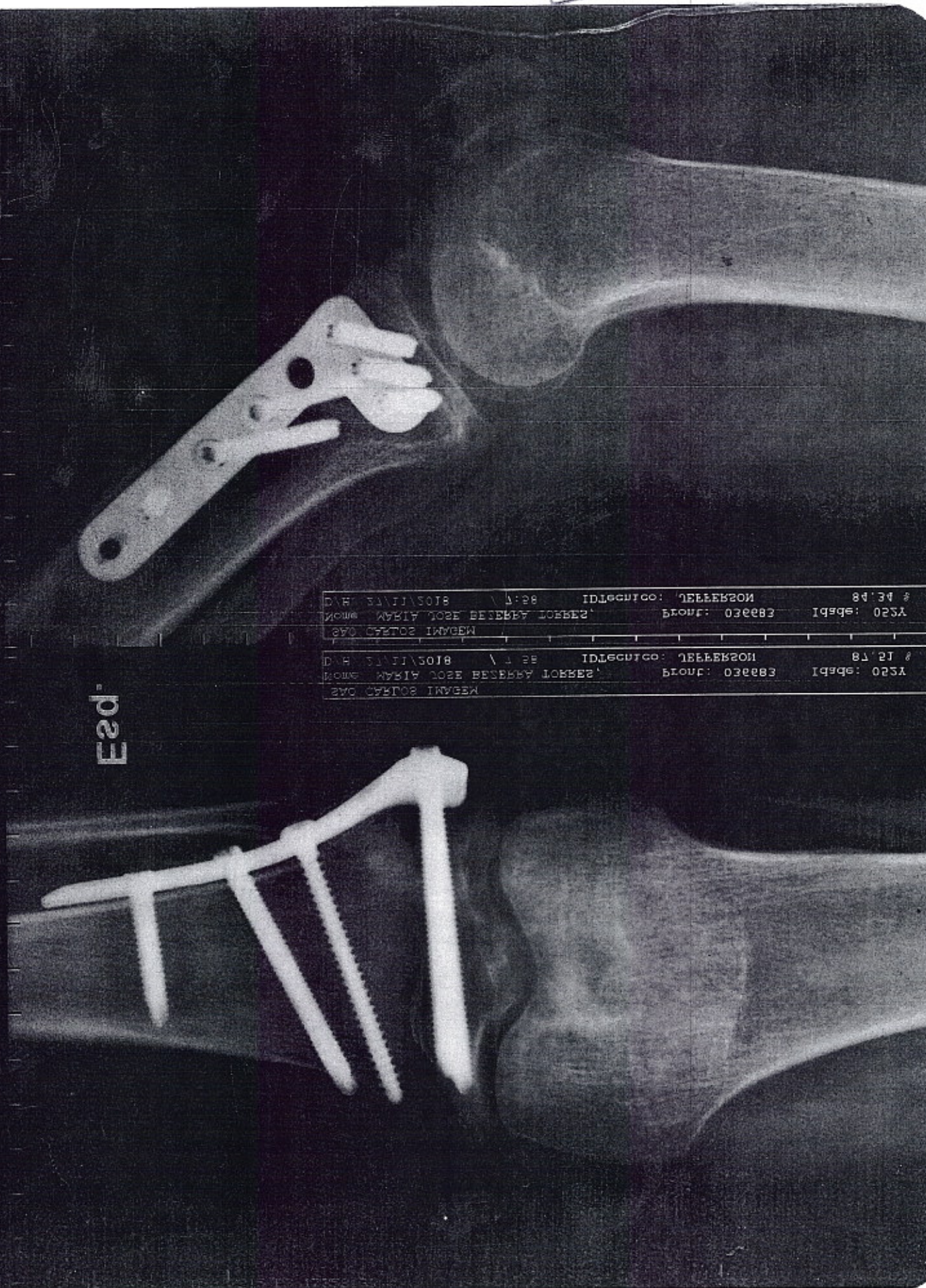
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN 2019
Nome: _____
Assinatura: _____

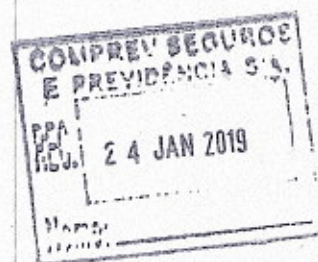
SÃO CARLOS IMAGEM

Esq.

DATA: 21/11/2018	HORA: 14:28	IDENTIFICACAO: JEFFERSON	84:34 #
NOME: MARIA JOSE BEZERRA TORRES	PROCT: 030083	1940: abadi	023A
SÃO CARLOS IMAGEM			

DATA: 21/11/2018	HORA: 14:28	IDENTIFICACAO: JEFFERSON	84:34 #
NOME: MARIA JOSE BEZERRA TORRES	PROCT: 030083	1940: abadi	023A
SÃO CARLOS IMAGEM			





Nome.....: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
 Sexo.....: (X)Feminino ()Masculino Data Nasc.: 09/05/1966
 Exame.....: RX JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)
 Médico Solicitante.: Dr(a) JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO CRM: 13510
 Convenio.....: AMIL
 Data: 27/11/2018 as 08:15 hs Pedido: 1179558

RAIO-X DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

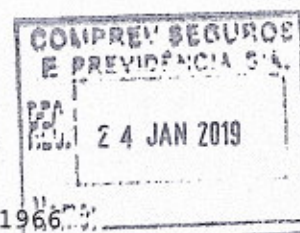
LAUDO:

- Presença de material cirúrgico ortopédico em tíbia esquerda (placas e parafusos) sem sinais de desalinhamentos ósseos significativos ou fratura do material.
- Superfícies e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem anormalidades radiográficas.

Dr. Rafael Ribeiro Paiva
 Médico Radiologista
 CRM-CE 12942

*Este exame está arquivado e disponível no sistema PACS podendo ser acessado via web mediante login e senha previamente fornecidos.

Responsável Técnico
 Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
 Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
 Licença Sanitária: 2822.2017/02-005



Nome.....: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
 Sexo.....: (X)Feminino ()Masculino Data Nasc.: 09/05/1966
 Exame.....: RX JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)
 Médico Solicitante.: Dr(a) JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO CRM: 13510
 Convenio.....: AMIL
 Data: 27/09/2018 as 09:31 hs Pedido: 1153949

RAIO-X DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

LAUDO:

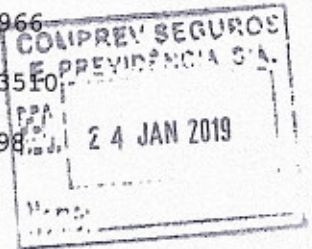
- Controle radiográfico pós-operatório de fratura metaepifisária na tíbia proximal, com aparente extensão intra-articular, notando-se placa e parafusos metálicos.
- Restante da estrutura óssea normal.
- Partes moles sem anormalidades radiográficas.

Dra. Júlia Alencar de Andrade Aquino
 CRM - 15260

*Este exame está arquivado e disponível no sistema PACS podendo ser acessado via web mediante login e senha previamente fornecidos.

Responsável Técnico
 Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
 Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
 Licença Sanitária: 2822.2017/02-005

Nome.....: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
Sexo.....: (X)Feminino ()Masculino Data Nasc.: 09/05/1966
Exame.....: RX JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)
Médico Solicitante.: Dr(a) JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO CRM: 13510
Convênio.....: AMIL
Data: 24/10/2018 as 08:13 hs Pedido: 1165398



RAIO-X DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

LAUDO:

- Controle pós-operatório de fratura na côndilo lateral da tíbia, traço de fratura estendendo-se até superfície articular, com uso de placa e parafusos metálicos de osteossíntese.
- Restante da estrutura óssea normal.
- Partes moles sem anormalidades radiográficas.



DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:13015 RQE:8227

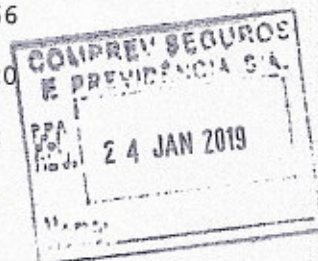
*Este exame está arquivado e disponível no sistema PACS podendo ser acessado via web mediante login e senha previamente fornecidos.

Responsável Técnico
Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
Licença Sanitária: 2822.2017/02-005



Nome.....: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
 Sexo.....: (X)Feminino ()Masculino Data Nasc.: 09/05/1966
 Exame.....: RM OMBRO E
 Médico Solicitante.: Dr(a) JOSE ATUALPA PINHEIRO JUNIOR CRM: 6120
 Convenio.....: AMIL
 Data: 26/11/2018 as 09:01 hs Pedido: 1178992

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO



TÉCNICA:

- Exame realizado em aparelho de alto campo (3,0 tesla) pela técnica spin-echo, fast spin echo com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares algumas delas com saturação de sinal de gordura antes e após a injeção do meio de contraste paramagnético.

Indicação clínica: Trauma

LAUDO:

- Imagem linear na região súpero-lateral da cabeça umeral com hipossinal em T1 e hipersinal em T2, sugerindo possível fratura em processo de consolidação. Para melhor avaliação correlacionar com estudo de tomografia computadorizada.
- Nota-se ainda cisto subcortical na região do tubérculo menor, medindo 0,6 cm.
- Acrômio tipo I/II de bigliani.
- Demais estruturas ósseas de morfologia e sinal preservados.
- Superfícies articulares da cavidade glenoide e da cabeça umeral regulares.
- Lábios glenoides de morfologia e espessura normais.
- Imagem compatível com rotura parcial da superfície articular do tendão supraespinhal, medindo 1,0 x 1,0 cm.
- Tendão do músculo infraespinhoso de espessura e sinal conservados.
- Tendão do subescapular de espessura e sinal conservados.
- Leve aumento do conteúdo líquido na bainha que reveste o tendão do cabo longo do bíceps, com captação do meio de contraste, podendo corresponder a comunicação com líquido articular ou a tenossinovite.
- Não foram observadas coleções peritendinosas.
- Pequeno derrame articular, com captação perietal do meio de contraste, compatível com sinovite.
- Pequena quantidade de líquido na bursa subacromial-subdeltóidea, compatível com bursite.

Dr. Jovelino Coimbra Neto
 Médico Radiologista - CRM 11674

ando

*Este exame está arquivado e disponível no sistema PACS podendo ser acessado via web mediante login e senha previamente fornecidos.

Responsável Técnico
 Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
 Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
 Licença Sanitária: 2822.2017/02-005

DENATRAN		CONTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014417643420	
PPT 01	VIA 1095828140	RATRO 0000000000	EXERCÍCIO 2018
MARIA JOSE BEZERRA TORRES FORTALEZA			
44192479320 PLACA ANT /UF		PNV3936/CE CHASSI	
9C2JC4830GR025968 /CE		CONSUMÍVEL GASOL/ALCO	
PAS/MOTOMETA/MAD APLIC.*		ANO FAB. 2016	
HONDA/BIZ 125		ANO MOD. 2016	
2P/OCV/12ACC		COR PREDOMINANTE PRETA	
180.65		0.70	
165.50		03/12/2018	
19/12/2018			

CE Nº 014417643420		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
44192479320		PNV3936/CE	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoradepvatoceara.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
014417643420		9498266582	
01		2018	
44192479320		PNV3936	
1095828140		HONDA/BIZ 125	
2016		9C2JC4830GR025968	
PAR		90.33	
9.03		185.50	
4.13		03/12/2018	
00167			

RECIBO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
014417643420	RECIBO CE Nº
00167	PNV3936
1095828140	231921 00167

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029179/19

Vítima: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

CPF: 441.924.793-20

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2018

Titular do CPF: MARIA JOSE BEZERRA TORRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JOSE BEZERRA TORRES : 441.924.793-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 24/01/2019
Nome: MARIA JOSE BEZERRA TORRES
CPF: 441.924.793-20

MARIA JOSE BEZERRA TORRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA