



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **MARI A GONCALVES MATIAS**

Nº de Inscrição: **891990733-15**

Data de Nascimento: **15/05/79**

GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 509180401

Data de Emissão: 15/01/2018

Nome: FRANCISCA GONCALVES MATIAS

End. Postal: RU FRANCISCO RAMALHO SOBRINHO 00905

CENTRO - BAIXO - 63320000

Medidor: 7143891

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG/CPF/CNPJ: 469800753-49

Nome do Responsável: CGF

Poste: 0000 0000

Valor de Potência: 0,00

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto			Padrão Individual			Apuração Individual		
Mês	Nov/2017	Nov/2017	Mês	Nov/2017	Nov/2017	Mês	Nov/2017	Nov/2017
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,11	0,11	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
170,53	27,00%	46,04

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E10.6018.906B.86F1.1A74.2667.FEE5.C6DA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
31597	31356	1,00	241	0,00	241	0,24766	59,68
16/01/18	16/12/17		31 Dias		241	0,24766	59,68

VALOR (R\$)

170,53
-42,10
11,37
1,98
0,56
19,82
2,35

DESCRIÇÃO

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL

DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

MULTA MORATORIA REF 12/2017

JUROS DO MES

ILUMINAÇÃO PUBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

VENCIMENTO 23/01/2018

TARIFA A PAGAR (R\$) 164,51

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	43,00
Transmissão	24,10
Distribuição	10,71
Encargos Setoriais	55,53
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	142,15
TOTAL	142,15

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
104,16	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE AO DÍGITO VERIFICADOR.

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



Agência: 1960
Operações: 013
Conta: 00062150-6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: VINICIUS LIMA/1503540 DATA/HORA: 01/11/2017 16:30
Na Rodovia
MUNICÍPIO/UF: RUSSAS/CE
BR: 116 KM: 154.0 SENTIDO: Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Pleno dia CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro
TIPO DE VIA: Principal TIPO DE PISTA: Simples CONDIÇÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto ESTRUTURA VIÁRIA: Reta
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Socorristas Márcio e Jamisson

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTocolo: 17084411B0

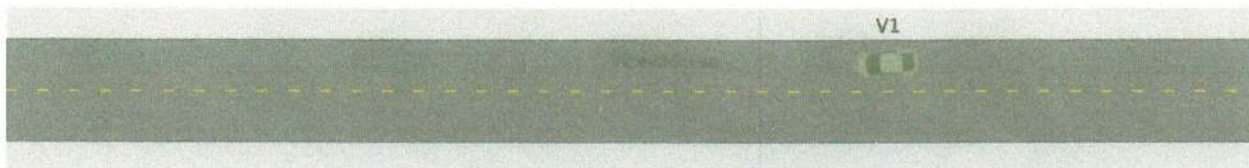
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Russas

Boqueirão do Cesário

Narrativa

Após levantamento do local do acidente, constatamos que V1, na tentativa de ultrapassagem, perdeu o controle e saiu de pista.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OCN5075	MARCA/MODELO: FIAT/UNO MILLE ECONOMY	ANO FABRICAÇÃO: 2011
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BD15822AC6616495	RENAVAM: 00341760625	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Ultrapassando	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO LIDUINO RODRIGUES DE	CPF/CNPJ: 518.154.943-87
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: FORTALEZA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: Evadido/Ignorada	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão	
CHASSI:	RENAVAM: NÃO APLICÁVEL	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE:	CATEGORIA: NÃO APLICÁVEL	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: FRANCISCO LIDUINO RODRIGUES DE OLIVEIRA	CPF: 518.154.943-87	DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1972
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: MARIA CARMELIA RODRIGUES DE OLIVEIRA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R JOAO BATISTA DO NASCIMENTO	NÚMERO: 102
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CAJAZEIRAS
MUNICÍPIO/UF: FORTALEZA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 00874689850	UF: CE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 08/10/1998	VALIDADE DA CNH: 01/07/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: NÃO APLICÁVEL	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor preso nas ferragens.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorristas Jamisson e Márcio	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF VINICIUS LIMA, MATRÍCULA 1503540

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 02/11/2017 10:13

NÚMERO DE CONTROLE: A3464FED12035200CDD458AA93E9F3

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 13

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 11:36, sob o número 0188916-46.2018.8.06.0001 e código 422DA68. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188916-46.2018.8.06.0001 e código 422DA68.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Laura Matias Gonçalves	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 30/12/1939
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 254273694	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: Francisca Maria da Conceição	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: NÃO IDENTIFICADO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Identificado como Raimundo Paulino dos Santos, nascido em 08/08/71 , sem CPF ou RG.	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: NÃO IDENTIFICADO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Identificada como Francisca Lima Ferreira da Silva, nascido em 09/12/66 , sem CPF ou RG.	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Maria Gonçalves Matias	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 15/05/1979
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 99099093781	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: Maria Gonçalves Matias	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTocolo:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / Evadido/Ignorada		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: EVADIDO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OCN5075 / FIAT/UNO MILLE ECONOMY

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

VINICIUS LIMA/1503540

NÚMERO DO BAT:

17084411B01

DATA/HORA:

01/11/2017 16:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda	X		
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

8

DIMENSÃO DA MONTA:

Grande

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF VINICIUS LIMA, MATRÍCULA 1503540

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 02/11/2017 10:13

NÚMERO DE CONTROLE: A3464FED12035200CDD458AA93E9F3

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 13

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 11:36, sob o número 01889164620180600001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188916-46-2018-8-06-0001 e código 422DA68.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17084411B0

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1854 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/05/2018 10:19:19**Data / Hora da Ocorrência: **01/11/2017 16:45:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR-116, POR VOLTA DO KM 150**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **RUSSAS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **RAIMUNDO PAULINO DOS SANTOS**Nascimento: **08/08/1971** CPF:

RG:

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA VERÍSSIMO DOS SANTOS****RAIMUNDO PAULINO DE FREITAS**Endereço: **RUA ANTONIO CONSELHEIRO, 117 CASA**Bairro: **BARROSO**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.731-803**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98959-4031**Nome: **FRANCISCO LIDUINO RODRIGUES DE OLIVEIRA**Nascimento: **05/04/1972** CPF: **518.154.943-87**RG: **92020001080**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA CARMELITA RODRIGUES DE OLIVEIRA****DARIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA JOAO BATISTA NASCIMENTO, 102 CASA**Bairro: **JANGURUSSU**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.000-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98897-4245**Nome: **MARIA GONÇALVES MATIAS**Nascimento: **15/05/1979** CPF: **891.990.733-15**RG: **99099093781**Orgão Emissor: **SSPDC**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA GONÇALVES MATIAS**Endereço: **RUA FRANCISCO RAMALHO SOBRINHO, 905 CASA**Bairro: **CENTRO**Município: **BAIXIO/CE**CEP: **63.320-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99606-7024****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCN5075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9BD15822AC6616495** Renavam: **341760625** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/UNO MILLE ECONOMY** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRATA** Proprietário: **FRANCISCO LIDUINO RODRIGUES DE****OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Informa o noticiante que na data e hora acima citados foram vítimas de acidente de trânsito, na BR-116, por volta do KM 150, zona rural de Russas-CE, sua pessoa FRANCISCO LIDUINO RODRIGUES DE OLIVEIRA e mais dois passageiros do veículo de nomes MARIA GONÇALVES MATIAS e RAIMUNDO





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

fls. 27

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1854 / 2018

PAULINO DOS SANTOS, os quais sofreram lesões, fraturas, além das passageiras a Sra. Laura Matias Gonçalves, sofreu um corte na cabeça, foi medicada e liberada e a Sra. Francisca Lima Ferreira da Silva, a qual não sofreu nada; QUE o declarante pilotava o veículo de sua propriedade FIAT/UNO MILLE ECONOMY, de placas OCN-5075-CE, registrado em seu nome, conduzindo mais quatro passageiros, acima citados; QUE seguia pela BR-116, vindo de Fortaleza-CE com destino a Ico-CE; QUE por volta do KM 150 da BR-116, foi ultrapassar uma carreta que seguia a sua frente, no mesmo sentido, em que ele deu sinal para que pudesse fazer a ultrapassagem, porém quando já está terminando de ultrapassar, a carreta bateu na traseira do seu veículo, na lanterna do lado direito, o que fez perder o controle da direção, rodou na estrada e capotou o veículo por seis vezes, onde foi parar em baixo da pista, no aterro da margem esquerda; QUE ficaram lesionados no acidente o declarante, com lesão no punho da mão esquerda e perna esquerda, fraturas, foi socorrido pela ambulância do SAMU para o hospital e casa de saúde de Russas, depois foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza, e posteriormente transferido para o hospital Fernandes Tavaora e foi submetido a intervenção cirúrgica; QUE MARIA GONÇALVES MATIAS sofreu lesão no joelho esquerdo, fratura e escoriações pelo corpo, foi socorrido pela ambulância do SAMU para o hospital e casa de saúde de Russas, depois foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza e foi submetido a intervenção cirúrgica; QUE o Sr. RAIMUNDO PAULINO DOS SANTOS, sofreu lesão na clavícula e no punho da mão ambos do lado esquerdo e pancada na cabeça, foi socorrido pela ambulância do município para o hospital e casa de saúde de Russas, de depois foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza, e posteriormente transferido para o hospital Fernandes Tavaora e foi submetido a duas intervenções cirúrgica; QUE a Sra. Laura Matias Gonçalves sofreu cortes na região da cabeça e foi pontuada, foi socorrido pela ambulância do SAMU para o hospital e casa de saúde de Russas, depois foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza, mais não foi submetida a intervenção cirúrgica; QUE a passageira do veículo de nome Francisca Lima Ferreira da Silva não sofreu nada no acidente; QUE não sabe identificar a carreta que causou o acidente, nem seu motorista, pois evadiu-se do local sem prestar socorro as vítimas; QUE compareceu no local a Polícia Rodoviária Federal e ambulâncias do SAMU e município, para prestar socorro as vítimas; QUE as testemunhas são as testemunhas do referido acidente são os próprios passageiros veículo; QUE então veio noticiar o fato para dar entrada no seguro DPVAT a que tem direito, onde vão recorrer a advogada Dra. Marcia, em Fortaleza-CE para dar entrada no seguro e a Sra. MARIA GONÇALVES MATIAS, vai recorrer ao advogado Dr. Felipe, em Fortaleza, não sabe o endereço. E nada mais disse...



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CARLOS JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA - MAT.: 198858-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

RAIMUNDO PAULINO DOS SANTOS

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Pág. 2 de 3

João Luiz Rodrigues de Oliveira
maria goncalves matias

Impresso em: 23/05/2018 11:29:36

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 11:36, sob o número 0188916462018060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188916-46.2018.8.06.0001 e código 422DA68.



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

[Handwritten Signature]

fls.-28

FLS. _____

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1854 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616

[Handwritten Signature]





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento à Sra. **MARIA GONÇALVES MATIAS**, portadora do RG 99099093781 inscrita no CPF 891990733-15, no dia 1º/11/2017, às 16h49, no município de Russas/CE, na BR 116 no KM 150, vítima de capotamento, sendo encaminhada para o **Hospital e Casa de Saúde de Russas** e depois transferida para o **Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de Maio de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



01/11/2017 17:48:13 1700221610 GUIA DE: (X) ATENDIMENTO () OBSERVAÇÃO - DIURNO - 29

Paciente: 00110591 - MARIA GONCALVES MATIAS DN: 15/05/1979 - 38 A 5 M 17 D Sexo: F - Est. Civil: Solteiro(a)
 Identidade: 99099093781 - SSP CE Raça/Cor: Parda - CPF: Ocupação: NÃO INFORMADA
 Endereço: RUA - ANTONIO CONCELHEIRO - 117 - BARROSO - FORTALEZA - CE CEP: 60.000-000 Nat.: RUSSAS - CE
 Contato: (99) 99999-999 Mãe: FRANCISCA GONCALVES MATIAS Pai: NC

Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade:
 Autorização: Sisprenatal: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA -
 Motivo: URGENCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA Profiss. Atend.: DRA MARIA JO Setor: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 120/80 mmHg. D. X.: —

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Parte de exame físico e histórico de doença em
 dos intestinos MIE, meiga gravidez, e
 alergia a medicação (cefalena)
 Tem períodos de desnutrição*

*SAT 95%
 Fe 8*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

TC E + fratura MIE

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

() RAO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: —

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
<i>1) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>18/05/2018</i>	<i>Parcial</i>
<i>2) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>3) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>4) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>5) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>6) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>7) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>8) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>9) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>
<i>10) Difenidramina 10mg + 10ml</i>	<i>11/06/18</i>	<i>Parcial</i>

CONDUTA:

() ALTA POR DECISÃO MÉDICA (X) AMBULATÓRIO () ALTA A PEDIDO
 () OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) (X) ALTA A REVELIA () INTERNAÇÃO
 () TRANSFERÊNCIA PARA: — DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 01/11/17 22:00

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica —

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: MARCOS IVO



LAUDO MÉDICO

PACIENTE: MARIA GONÇALVES MATIAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA ESTAVA EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

PACIENTE EVOLUI COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO ESQUERDO, ENCONTRA-SE SEM DOR RESIDUAL E RECEBE ALTA DESTE AMBULATÓRIO.

CID-10 (AUTORIZADO): S83.1



Fortaleza, 09 DE MAIO DE 2018



ATESTADO MÉDICO

Paciente: Maria Gonçalves Matias

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADA É ACOMPANHADA NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO DIA 01/11/17, TENDO SIDO SUBMETIDA A REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA DURANTE 4 SEMANAS.

RADIOGRAFIA COM EVIDÊNCIAS DE ADEQUADA REDUÇÃO. EVOLUI NO ENTANTO COM REDUÇÃO IMPORTANTE DE ADM EM JOELHO ESQUERDO + EDEMA;

ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA;

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS;

CID 10 : S83.1

Fortaleza, 10 DE JANEIRO DE 2018.

Fortaleza, 10 de Janeiro de 2018
Medico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CREME-OP 17577

No. HOSPGESTOR: 35323

LEITO:

NOME: MARIA GONÇALVES MATIAS

DATA DE INTERNACAO: 02/ 11/ 2017

DATA DA ALTA: 08/11/2017

BE/PRONT: 5535324

CIDADE DE ORIGEM: BAIXIO

NASCIMENTO: 15051979

IDADE: 38

DIAGNOSTICOS: LUXACAO DE JOELHO ESQ (REDUZIDO
INCRUMENTAMENTE E AGUARDA CIRURGIA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 6256 Ass.: _____ Data : 08/11/17 Imprimir Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. <i>Michael Ken</i>								

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	MARIA GONÇALVES MATIAS		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	02/11/2017	DATA DA ALTA:	08/11/2017
BE/PRONT:	5535324	CIDADE DE ORIGEM:	BAIXIO
IDADE:	38		
DIAGNOSTICOS:	LUXACAO DE JOELHO ESQ (REDUZIDO INCRUMENTAMENTE E AGUARDA CIRURGIA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Ângelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 6256	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
	Dr. _____
Ass: _____	Dispensa do trabalho por: _____
Data: 08/11/17	30 (trinta) dias
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

RECEI TÁRIO DE CONTROLES

Thina Jensen

BE/Prontuário:

۷۳

Theresa Soren

157

November 10.

6.11.17

Data: 2 / 1

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

PROCURE O IFSOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Prescrição: Paciente: <i>Marcelo José da Silva</i> Endereço: <i>Rua Senador Pompeu, 1757</i> Data: <i>20/11/17</i>		Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 6256 Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FARMACÊUTICO	
Nome:	Nº Ident.:	Data:	
Endereço:	Bairro:	Fornecedor:	
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:		
Carimbo e Assinatura			

AR.060.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Unica - Fortitudo AS (14/02/10).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 09/05/2018 11:20:14

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 02/11/2017 00:59:15

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 708006835238224	NOME: MARIA GONÇALVES MATIAS	Registro: 5535324
CPF:	RG: 99099093781	D. NASC: 15/05/1979
	ESTADO CIVIL:	SEXO: F
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA GONÇALVES MATIAS	NOME DO PAI: SEM REGISTRO	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FRANCISCO RAMALHO	Nº: 92
	BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 985327157	MUNICÍPIO: BAIXIO
	UF: CE	CEP: 63320000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USB 59 COND MARCIO	PARENTESCO: EDILENE (IRMA)	TELEFONE:
-------------------------------	----------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro), Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão.
Inclui: capotamento, queda

QUEIXAS: PACIENTE, 38 ANO, ENC. HOSP. RUSSAS COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO RGIOA DEOMBRO DIREITO + TRUMA MIE

OBSERVAÇÕES: TRAUMA MAIOR- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
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:



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

PROCURAÇÃO

Nome: MAYA GONCALVES MATIAS
Nacionalidade: BRASILEIRA, estado civil: SOLTEIRA
Profissão: AUTONOMO
RG: 99099093781 SSP/ CE CPF: 891.990.733-15

Logradouro: RUA FRANCISCO RAMALHO SOBRINHO
_____, Nº 905, Compl _____
Bairro: CENTRO CEP: 63.320-000
Cidade: BAIXIO, UF: CEARA Tel: (88) 99606-2024

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco 1779 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85)98685-3187/ (85) 3051-3996, onde recebe intimações, notificações, etc. **PODERES:** Para o FORO EM GERAL, com Cláusula “ad-judicia et extra”, para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 03 de DEZEMBRO de 2018.

Maria Gonçalves Matias

Assinatura



*RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE
SEGUROS*

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: MARIA GONCALVES MATIAS

RG: 9909909378J **SSP/CE CPF:** 891.990.733-15

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: RUA FRANCISCO RAMALHO SORRINHO

Complemento:

Bairro: CENTRO CEP: 63.320-000

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, 03 DE DEZEMBRO 2018

Maria Gonçalves Matias



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: MARIA GONÇALVES MATIAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado: CEARA Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AUTONOMO

Rg: 99099093781 SSP/CE-CPF: 891.990.733-15

Logradouro: RUA FRANCISCO RAMALHO SOBRINHO

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: 03 de DEZEMBRO de 2018

Maria Gonçalves Matias

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12985767

A/C: MARI A GONCALVES MATIAS

Nº Sinistro: 3180246528
Vítima: MARI A GONCALVES MATIAS
Data do Acidente: 01/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: MARI A GONCALVES MATIAS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001960

Conta: 0000062150-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

