

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Maria Lucilene de Almeida Moreira, brasileira, solteira, portadora do RG de nº 3005021097978, inscrita no CPF de nº 032.304.233-30, residente e domiciliada à Rua 02, nº 09, Quadra 28, Jardim Norte, Quixeramobim, Ceará, CEP. 63.800-000

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE, 19 de julho de 2019

x Maria Lucilene de Almeida Moreira
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Maria Lucilene de Almeida Moreira,
brasileiro (a), solteira,
CPF 032.304.233 - 30 RG 2005021097978,
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Rua 02, n° 09, Quadra 28
Bairro Jardim Norte Cidade Quixeramobim
Estado Ceará Cep 63.800 - 000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim / CE, 19 de julho de 2019

Maria Lucilene de Almeida Moreira

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polícia Civil

Maria Lucilene de Almeida Moreira

2005021097978

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2014

NOME MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

FILIAÇÃO ANTÔNIO MOREIRA DA SILVA

MARIA SÔNIA DE ALMEIDA OLIVEIRA

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM - CE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: URUQUE TERMO: 4919 FOLHA: 054 LIVRO: A-07 QUIXERAMOBIM - CE

CPF

2 VIA

Assinatura do Diretor

P. 27

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 032.304.233-30

Nome MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nascimento 30/11/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Saae **SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA DE QUIXERAMOBIM**

AV. DR. JOAQUIM FERNANDES, 570
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 61.129-3
FONE: (85) 3441-1293 - GNPJ-07.742

MARIA LUCILENE ALMEIDA MOREIRA
RUA 02, 9 QUADRA 28
JARDIM NORTE 63800000 1-QUIXERAMOBIM CE
ROTA: -9-5460

COD. LIGACAO: **023858-4** ID. ELETRONICO: **000**

DESCRICAO

Tarifa de Água

PARCELA DE DEBITO 01/03

TABELA DE VALORES M3 POR FAIXA

Cat.: 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)
	00 a 10	3,02
	11 a 15	4,31
	16 a 20	4,83
	21 a 30	5,49
	31 a 40	6,53
	41 a 50	8,84
	51 a 99999	9,81

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO
17/01/2019	15/02/2019	07/03/2019

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. FATURAD
64 m3	71 m3	7 m3	10 m3

NR DO HIDROMETRO 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00170734765 EXERCÍCIO 2016

COB RENAVAM 000000000000

NOME FRANCISCO LOBO JUNIOR

QUIXERAMOBIM / CE

CPF / CNPJ 72002786372

PLACA ANO / UF NGX3439 / CE

CHASSI 9C2KC1620AR007884

ESPECIE TIPO FRS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO HONDA/CB150 TITAN NIX ES

ANO FAB. / ANO MOD. 2009 / 2010

CAP. / POT. / OIL 2P/OCV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENC. / COTAS 1ª 2ª 3ª

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA

FAZENDA LEVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 15/03/2017

QUIXERAMOBIM

Assinatura: Igor Ponte

Superintendente

CE Nº 013355152497 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 03/03/2017

VIA 01 72002786372

PLACA NGX3439

RENAVAM 00170734765

MARCA / MODELO HONDA/CB150 TITAN NIX

ANO FAB. / ANO MOD. 2009 / 09

CHASSI 9C2KC1620AR007884

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04

DEBITAM (R\$) 14,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13

3F (R\$) 1,11

CUSTO DO BILHETE (R\$) 292,01

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE OBRIGAÇÃO 13/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.545/0001-04

MOTOR: KC16E2A0078E4

04823



 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		 FICHA DE INTERNAÇÃO		HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1551 - FAX: (88) 3441.4099 - e-mail: hrgp_regiona@hrgpneto.com QUIXERAMOBIM-CE	
IDENTIFICAÇÃO: NOME: <u>Maria Juliana de Almeida Pereira</u> Nº REG: <u>90.933</u> DATA NASCIMENTO: <u>20/11/1990</u> IDADE: <u>27</u> COR: <u>parada</u> SEXO: <u>F</u> M () EST. CIVIL: <u>Solteira</u> NATURALIDADE: <u>Quixeramobim</u> NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u> CNS: <u>898 009152669237</u> DOCUMENTAÇÃO: <u>5005020024478</u> PROFISSÃO: <u>PO</u> TELEFONE: () ENDEREÇO: <u>Rua das Flores, 17</u> Nº <u>22</u> UF <u>CE</u> AIRRO: <u>Jardim norte I</u> CIDADE: <u>Quixeramobim</u> PAI: <u>Antônio Moreira da Silva</u> MÃE: <u>Maria Sônia de Almeida Oliveira</u> ANO: <u>2015</u> MÊS: <u>agosto</u> RESPONSÁVEL: <u>Jaíro Danilo Ferreira de Almeida</u> TELEFONE: <u>88992637164</u> JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: <u>Sim</u>		DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO <u>Int. de pulmão</u> <u>de com de pulmão</u>		ASSINATURA DO CARIMBO <u>[Assinatura]</u>	
SUMÁRIO DE HDA: <u>Paciente evoluindo bem</u> <u>em fase de alta</u>		DATA: <u>15/01/2020</u> HORA: <u>14:15H</u> CLÍNICA: <u>Surteio</u> DATA SAÍDA: <u>20/01/20</u> CID: <u>5225</u> CODIGO: <u>041605050</u> CID: <u>5225</u> TEMPO PERMANÊNCIA: _____		CONDICÕES DE SAÍDA: CURADO ☐ MELHORADO ☒ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐	
EXAME FÍSICO: <u>Clínica e de pulmão</u>		UNISUS WEB CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>4136005010</u> INTERNAÇÃO: <u>15/01/2020</u> ALTA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>ALTA</u>		UNISUS WEB CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>4136005010</u> INTERNAÇÃO: <u>15/01/2020</u> ALTA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>ALTA</u>	



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>WILSON LUIZ ALVES DE AMARAL</u>		Nº REG.:
DATA OPERAÇÃO: <u>19/01/16</u>	ENF.	LEITO
OPERADOR: <u>FELIX VIANA</u>	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA: <u>CARLOS</u>	TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
<u>FRATURA DE PLATO TIBIAL EDA E ULCERA GÁSTRICA</u>		
TIPO DE OPERAÇÃO		
<u>OSTEOTOMIA DE MALGLO LERSEN E PLACA TIBIAL</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
<u>BOBADO</u>		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA		
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS		
1) GHA POR TRATO ANTERIOR 2) ACESSO, ANESTESIA E CÂMERA 3) ACESSO GÁSTRICO DO TUBO DE OR 4) INSERIR PLACA 5) REALIZAR MANEJO DA FRATURA DE MALGLO LERSEN E FIXAR com placa 1/3 TUBULAR 3,5mm 7cm e 7 parafusos corticais 6) REALIZAR CONTROLE DE IMAGEM: SEM ALINHAMENTO DO PLATO TIBIAL - HÁ GABO DO COMPART. DE FIBULA, DEIXAR A FRATURA LIGA SUTURA REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA DO PÉ com fixador externo 20cm (NORMAS em DATA) 7) LAVAGEM com sol 8) SUTURA E CURATIVO		

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE		 HOSPITAL REGIONAL Dr. Pontes Neto	LAUDO MÉDICO PARÁ EMIÇÃO DE AIH
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO SUS		8 - DATA DO NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DA MÃE DO REFERENTE		12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÕES			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
29 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)			
31 - Nº DO BILHETE			
32 - SÉRIE			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
37 - () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: Marcia Luciane de A. Almeida
Operação: Proctomicro de Ext. do recto inferior
Anestesia: Tupidocloral
Pré-Anestésicos: //

Anestésicos: Neocaine Perado 0.5% - 10ml
Lidocaine 2% - 10ml
Etanol - 10ml
SE 1.5% - 15ml
FF

Duração da Anestesia: 60'
Início: 18:00
Término: 18:00

19/01/18

Roberto Mota Almeida
CRM/ ASSINATURA / CARIMBO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a). WONIEIRA recebeu atendimento medico em

18 / 01 / 18 com diagnóstico de: FRATURA DE TIBIA E FIBULA BOTA

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 120 (CENTO E VINTE) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 20 / 01 / 18

Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE
CPF: 1.111.111-11

MÉDICO - CRM

Alto do Boqueirão, s/n - Telefax (88) 3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hrpn2017@gmail.com - Quixeramobim-Ce



GOVERNO MUNICIPAL
QUIXERAMOBIM
Cuidando bem do Coração do Ceará



Dr. Pontes Neto

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Senhor(a)

Moisés Luciano de Almeida Moura

recebeu atendimento médico em 27 MAIO 2018 com

diagnóstico de Fratura de pulso lateral
em consolidação

o(a) mesmo(a) está necessitando de 60 (sessenta)

dias de licença do trabalho
a partir da data de atendimento.

Quixeramobim, 27, MAIO 2018

Dr. GLAUCIO CARLOS FÉLIX
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1-1059 / SBO 15454

ASSINATURA E CARIMBO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto Nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

Restório Médica

RESTO PARA OS DEVIDOS FINS
JUNTO AO DPVAT QUE MARIA
LYCILENE DE ALMEIDA MOREIRA,
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO
(MOTO). APRESENTANDO FRATURA
DE TÍBIA E FÍBULA DISTAL
ESQUERDA. SUBMETIDA A
CORREÇÃO CIRÚRGICA (FIXADOR
EXTERNOS) + PLACA. PACIENTE
ENCONTRA-SE DEAMBULANDO
COM AUXÍLIO DE MOLETAJ, 1
ORA LOWE (MEDICINA ANALGÉSICA)
DIARIA. ACIDENTE OCORREU NO
DIA 15/01/18.
582.3; 582.4

Dr. Paulo Calçaço
CREMEO 11720

29106118



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Maria Lucilene de Almeida
Mareira

Relatório médico

Paciente com relato de queda de
nato em 14/01/18, tendo fratura
de nádega lateral de tornozelo esquerdo
e pilão fibular esquerdo, sendo
realizado tratamento ortopédico,
evoluindo com dor crônica e limitação
de amplitude de movimento.

CID: R52.2
S82.6
S82.3

09/11/2018

Dr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 15872 TEOT 168283

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."


PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 15/08/18 Horário: _____ Nº 24

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcos Leucilene de Almeida Moreira
 Estado Civil: solteiro Sexo: hom Idade: 27a
 Data de Nascimento: 30/11/90
 SUS: 848008752662332 Tel: _____
 Naturalidade: Quixeramobim **03.01.000.0061**
 Profissão: Doméstica
 Residência: Ordem Porto 1 Bairro: _____

2 - Diagnóstico: Pré-eclâmpsia

3 - Procedimento: Exame + ultrassom


ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 872 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 08:44:02**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2018 01:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA TRANSVERSAL A GENERAL BIZARRIA**
 Complemento: **PRÓXIMO AO CLUBE DO VAQUEIRO**
 Bairro: **SABONETE** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**
 Nascimento: **30/11/1990** CPF: **032.304.233-30** UF:
 RG: **20050211097978** Órgão Emissor:
 Filiação: **MARIA SONIA DE ALMEDIA OLIVEIRA**
ANTONIO MOREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA ANTONIO MATIAS, 525**
 Bairro: **VILA SÃO PAULO**
 Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQX3439** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KC1620AR007884 Renavam: **170734765** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano
 Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO LOBO JUNIOR** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando a motocicleta supra citada quando de repente colidiu com outra motocicleta não indentificada: Que devido a colisão a declarante foi ao solo; Que na queda a declarante sofreu fratura da perna esquerda; Que no momento do acidente a declarante ficou desorientada; Que não sabe informar quem era o condutor da outra motocicleta que bateu nela; Que a declarante foi socorrido por um um popular para o hospital de Quixeramobim-CE; Que a declarante realizou cirurgia na perna esquerda; Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Francisco Lobo Junior, RG: 275783293 e Antonio Fidelis Sobrinho, RG: 4002312768; Que a declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Pág. 1 de 2

Impresso em: 04/04/2018 09:11:17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

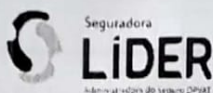


BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 872 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *g. maris bucin de almeida marini*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Nº Sinistro: **3180302416**

Vítima: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Data do Acidente: **15/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180302416**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13623388

Seg. 01/01/2018 - Cartão - INVALIDEZ



Carta n°: 13120445

A/C: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nº Sinistro: 3180302416
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA
Data do Acidente: 15/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

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: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000021451-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

RS	2.362,50
----	----------

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

SINISTRO 3180302416 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA****CPF/CNPJ: 03230423330****Posição em 20-02-2019 13:12:27**

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/07/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Pagamento emitido sem a realização de uma perícia médica, foi solicitado reanálise de processo mas foi mantida a conduta sem perícia médica.