

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: Gelson da Silva Carvalho		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: Servente	Carteira de Identidade: 2262307/92	
CPF nº: 496.699.903-00	Residência: Av. Gal. Osório de Figueira, 5899, B		
Bairro: Parangaba	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60720-015

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 16 de Julho de 2018.

x Gelson da Silva Carvalho
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Gilson da Silva Convalho,
brasileiro(a), conato, servente, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2262307/92, e inscrito no CPF/MF sob o nº 496.699.903-00, residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua Gen. Osório de Faria, nº 5849, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 16 de Julho de 2.018.

x Gilson da Silva Carvalho

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2282 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/05/2018 13:44:09**Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2018 18:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FREI CIRILO**

Complemento:

Bairro: **MESSEJANA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **HOSPITAL DO CORAÇÃO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **GILSON DA SILVA CARVALHO**Nascimento: **29/04/1974** CPF: **496.699.903-00**RG: **2262307/92**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **INES DA SILVA CARVALHO****FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO**Endereço: **RUA JOSE TAVARES, 5899**Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98543-0297****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AVENIDA FREI CIRILO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS ATROPELOU A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Jose Rodrigues Junior***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento
Emergencial

Emitido em: 14/05/2018 12:38:54

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 01/02/2018 21:07:22

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

S: 704006386207162	NOME: GILSON DA SILVA CARVALHO	Registro: 5548462
F: 49669990300	RG: 226230792	D. NASC: 29/04/1974
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
ME DA MÃE: INES DA SILVA CARVALHO	NOME DO PAI: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO	
MO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PAU BRASIL	Nº:
BAIRRO: JOSE WALTER		
MPLEMENTO: AP 303	TELEFONE: ,	MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE	CEP: 60720740	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: O MESMO	PARENTESCO:	TELEFONE:
---------------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

MO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
----------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)

LEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG15-HALITO ALCOOLICO

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

CAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
---------------------------------	---------------------	------------------------------------

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:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilson da Silva Carvalho

CPF da Vítima

496.699.903-00

Data do Acidente

01/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza/CE, 28 de Maio de 18

Local e Data

Gilson da Silva Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

No. HOSPGESTOR: 36909

LEITO: 1717

NOME: GILSON DA SILVA CARVALHO

DATA DE INTERNACAO: 01/02/2018

DATA DA ALTA: 20/03/2018

BE/PRONT: 5548462

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 29041974

IDADE: 43

DIAGNOSTICOS: LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQ (OPERADA) + FRATURA DE COLUNA - CERVICAL (CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-ALTA HOSPITALAR - RETORNO COM 15 DIAS AMBULATORIO DR RENATO - RETIRAR PONTOS EM PSF APOS 15 DIAS DA CIRURGIA - OPERATORIOS: USAR TIPO A DE VELPEAU ATE DATA DO RETORNO - MANTER USO DE COLAR CERVICAL POR 03 MESES - ORIENTACOES E ANALGESIA

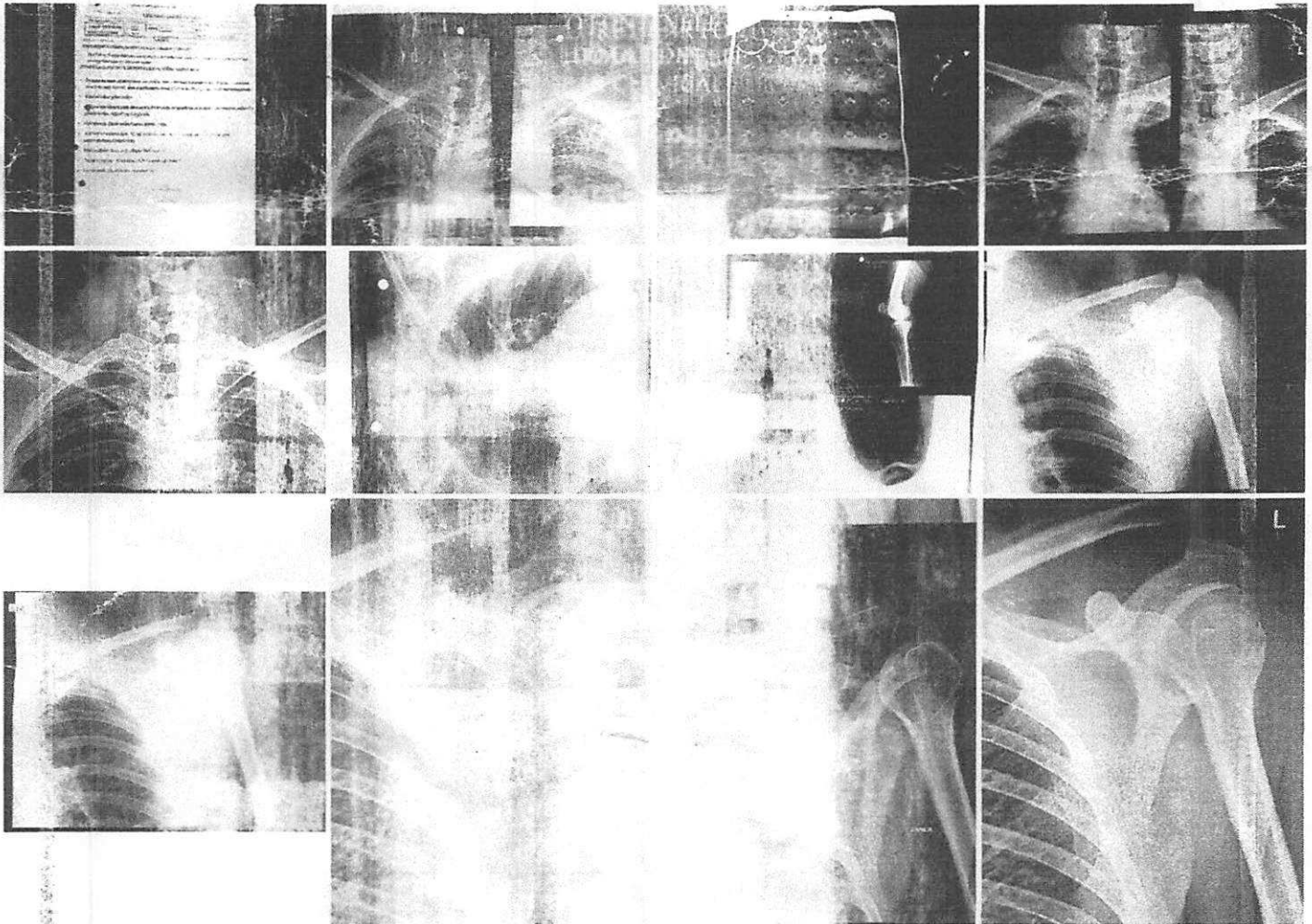
TELEFONE:

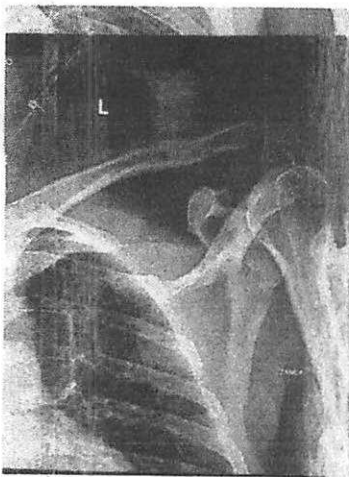
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: RENATO FONTENLE

RESIDENTE DO LEITO: RONALDO DE DEUS





Mapa de Cirurgias

Dia 10 8 Hora Leito Cirurgião Residência Observação Status da marcação

MAPA DO DIA 10-03/2018 - Sexta-Feira

Dia	Hor	Leito	Cirurgião	Residência	Observação	Status da marcação
48	10	13:30	1717	RESID. O FONTE-NELE	RESIDENTE INDEFINIDO	REALIZADA

LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR R. D. 5548462

Marcado por:
YAN NOVAIS DIAS em:
19-03-2018 18:55:35

Ass.: Dr. Yan Dias Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC 16.040	Retornar dia: <u>15 dias.</u> para Dr. <u>Renato</u>
Data: <u>20/3/18</u>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

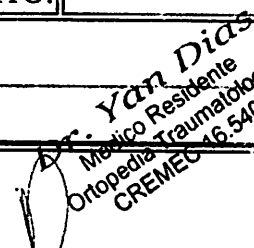


Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

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:	GILSON DA SILVA CARVALHO		
LEITO:	1717		
DATA DE INTERNACAO:	01 02 2018	DATA DA ALTA:	20/03/2018
BE/PRONT:	5548462	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	43		
DIAGNOSTICOS:	LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQ (OPERADA) + FRATURA DE COLUNA - CERVICAL (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	-ALTA HOSPITALAR - RETORNO COM 15 DIAS AMBULATORIO DR RENATO - RETIRAR PONTO EM PSF APOS 15 DIAS DA CIRURGIA -USAR TIPOIA DE VELPEAU ATÉ DATA DO RETORNO -MANTER USO DE COLAR CERVICAL POR 03 MESES -ORIENTACOES E ANALGESIA		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	RENATO FONTENELE		
RESIDENTE DO LEITO:	RONALDO GUEDES		

Ass: 	Retornar em: <u>15</u> dias	Hora: _____ para Dr.
Data: <u>20/03/18</u>	Dispensa de trabalho por: <u>03 dias</u>	
Imprimir		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 14/05/2018 12:38:54

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 01/02/2018 21:07:22

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

S: 704006386207162	NOME: GILSON DA SILVA CARVALHO	Registro: 5548462
F: 49669990300	RG: 226230792	D. NASC: 29/04/1974
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
ME DA MÃE: INES DA SILVA CARVALHO	NOME DO PAI: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO	
LO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PAU BRASIL	Nº:
BAIRRO: JOSE WALTER	CEP: 60720740	UF: CE
COMPLEMENTO: AP 303	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: O MESMO	PARENTESCO:	TELEFONE:
---------------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo de Vínculo:	CBO do Empregado:	CNPJ do Empregador:	COSIDO do CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Objetivo de Atendimento: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)

Lesões: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG16-HÁLITO ALCOOLICO

SERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

Local da Ocorrência: Área Pública	Escala de Dor: Leve	Prioridade de Atendimento: AMARELO
-----------------------------------	---------------------	------------------------------------

Especialidade do Atendimento:

ATENDIMENTO MÉDICO

anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

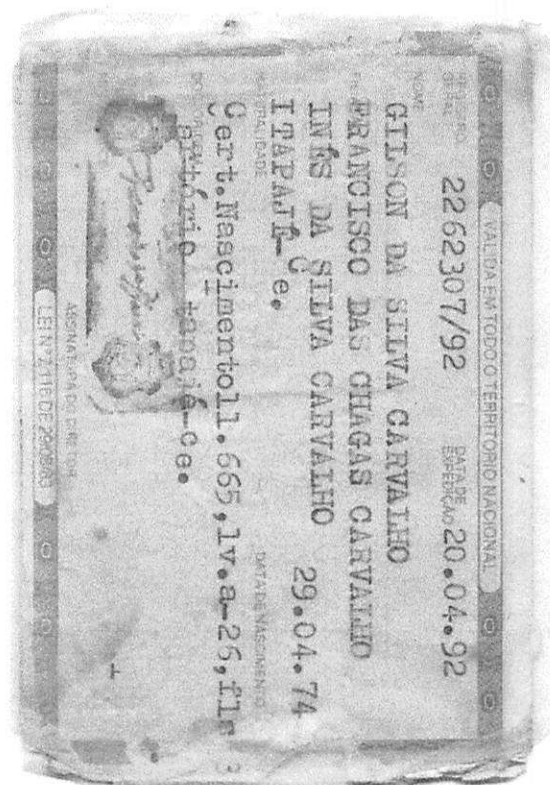
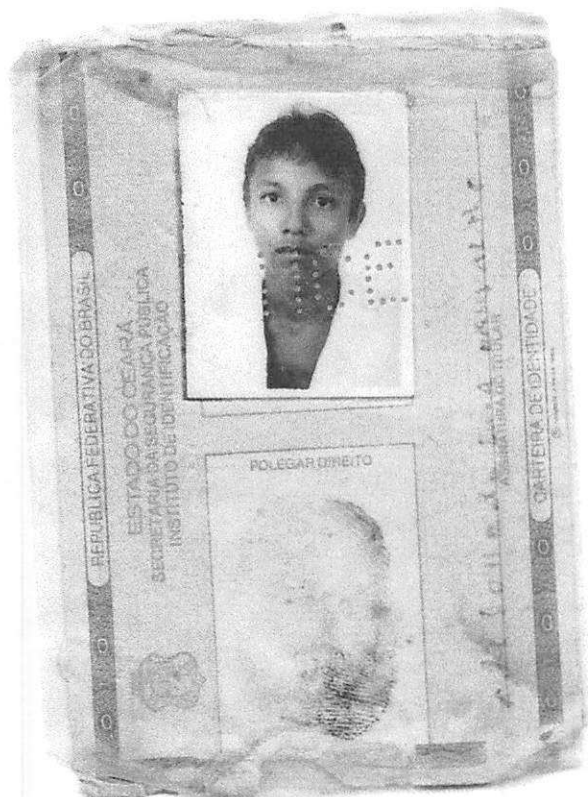
TEMPO NECESSÁRIO PARA
RESERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/05/2018 HORA: 12:49:50
DATA EFETIVACAO: 25/05
CONVENIO: 000493694
OPERADOR: 02

AGÊNCIA: 0578
CONTA: 013.00026913-7
NOME: GILSON DA SILVA CARVALHC
VALOR: 20,00
COD. OPERACAO: 986125669

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Carta nº: 13016144

A/C: GILSON DA SILVA CARVALHO

Nº Sinistro: 3180259162
Vítima: GILSON DA SILVA CARVALHO
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO VALTERCLEIBE ALVES DOS SANTOS

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: GILSON DA SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 4.218,75

Banco: 104

Agência: 000000578

Conta: 0000026913-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

