

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIALIA**OUTORGANTE:**

Nome completo: MARCOS AURELIO GOMES PRADO
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Profissão: ADVOGADO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 RG: 135328290 CPF: 955.262.963-00
 ENDEREÇO: RUAC, CASA 1000, DIAS MACEDO, FORTALEZA-CE

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE nº 34.075, GUSTAVO RIBEIRO PINTO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 25.594, IGOR SÁVIO C. PINHEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 23.977, ambos com escritório profissional situado à Rua 21 de Maio, nº 1009, sala 214, Bairro Centro, Fortaleza-CE.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante em especial nos autos deste processo, podendo agir em conjunto ou separadamente; inclusive referente ao FGTS, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, cartórios, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, também junto a particulares ou empresas privadas, dando tudo por bom e valioso.

Fortaleza, 11 de Junho de 20 18.


 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: MARCOS AURELIO GOMES PRADO

CPF: 4552.262.063-00

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o **NCPC** em seus arts. 98, 99, §1º, § 3º e §4, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.


OUTORGANTE





Esta é a segunda via de
FEV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº da Conta: **8777393** DV: **7**

VENCIMENTO: **15/02/2018**

Valor a Pagar: **188,35**

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **512204965**

Companhia Energética do Ceará

Rua Tadeu Vilela, 100 - CEP: 60135-040, Fortaleza - CE

CNPJ: 06.957.251/0001-00 | CGF: 06.105.646-0

A Junta Comercial do Estado do Ceará

fora expedida em 10 de abril de 2018

20 de abril de 2018

DADOS DO CLIENTE

Rota: 05 01110 07 0216600

Medidor

Poste

Nome: GILVANDO CLEMENTINO DE FARIAS FILHO 24753483

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

AV DOMINGOS OLIMPIO 01951 CS C FUNDOS BENFICA

Consumidora

FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ

948.072.803-68

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Ind. ☐ Consumo Faturado

FP

5328

5184

1

144

0

144

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão

Prev. Próxima

Apresentação

Leitura

06/02/2018

08/03/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

621F.8906.4456.A88B.0EB0.4CB4.4291.70F8

ICMS

Base do Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

98,59

27%

26,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

2,10

JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO

3,78

QUOTA PROPORC PARCEL CONT IL PUB CAPITAL

5,49

QUOTA PROPORC PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

5,55

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

9,73

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

63,11

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

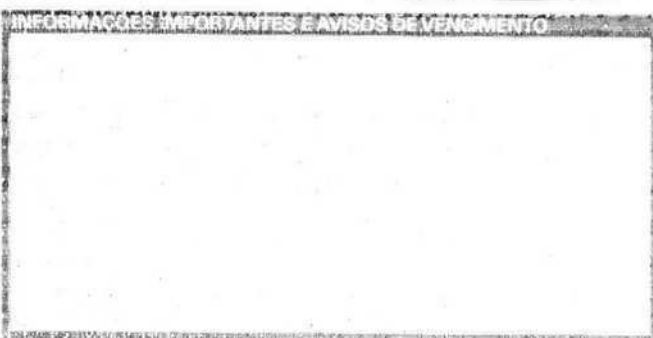
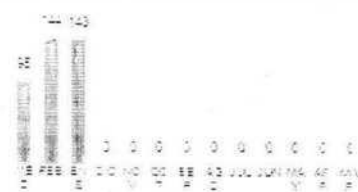
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,75

Conjunto: PRESIDENTE KENNEDY

Mês: DEZ/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trim. Mensal	Anual Mensal	Apuração Individual Mensal	Trim. Mensal	Anual Mensal
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (h)	3,05	6,10	12,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

8777393-7

Nº da Nota Fiscal: 512204965

Total a Pagar (R\$):

188,35

Data de Emissão:

16/02/2018

Referência: FEV/2018

Nº de Controle:

0008777393 00003 4305 : 31

83890000001-3 88350031000-2 00087773930-7 00034305250-4



LIBIA CORREIA

28

ASS.



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 - 1365 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/03/2018 12:21:09**
Data / Hora da Ocorrência: **06/01/2018 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA OSÓRIO DE PAIVA**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO IPIRANGA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS AURÉLIO GOMES PRADO**
Nascimento: **20/06/1972** CPF: **455.262.063-00**
RG: **195338290** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA NUBIA ALVES DO PRADO**
FRANCISCO PEREIRA GOMES
Endereço: **RUA C, CASA , 1000**
Bairro: **DIAS MACEDO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF:
DOCUMENTO ORIGINAL

CEP:
Telefone: **(85) 98507-0566**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. OSÓRIO DE PAIVA QUANDO UM ONIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS PASSOU MUITO PRÓXIMO DA VITIMA VINDO A COLIDIR COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. 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:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

LÍDIA CORRETOIRA DE ARD. LPA.
28 MAR 2018
AS:

MARCOS AURELIO GOMES PRADO
LIBRERIA EDITORIAL DE REG. LTDA
28 MAR. 2018

At 0

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente MARCOS AURELIO GOMES PRADO foi submetido a cirurgia por fratura do cotovelo. Solicito 90 dias de afastamento de suas atividades
CID: S424.

FORTALEZA/CE, 17 de January de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002 © 2015 SARAH VY 3.5.1.3
Fone/Fax: (85) 3728.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente MARCOS AURELIO GOMES PRADO foi submetido a cirurgia por fratura do cotovelo. Solicito 90 dias de afastamento de suas atividades
CID: S424.

FORTALEZA/CE, 17 de January de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002 © 2015 SARAH VY 3.5.1.3
Fone/Fax: (85) 3728.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

20383



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PROPOSTA PARA ABERTURA DE VAGAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTEÇÃO DAS VAGAS PRECATORIAS
AV. Celso de Figueiredo nº 1117 - Parangaba - CEP 61220-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (051) 3132-7222

CENTRAL DE REGULAÇÃO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - CERR - CERR
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:
2318101446452

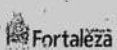
UNIDADE HOSPITALAR		CGC / CNPJ	
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		07.835.044 / 0002-61	

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE Marcos Aurélio Gomes Prado			
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua C. nº 1000 q. Maraca			
BAIRRO Dion Maracó	MUNICÍPIO	UF	CEP
DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	
	1. ☐ MASC 3. ☐ FEM	2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE Marcos - Nubia Alves do Prado			

DADOS DA INTERNAÇÃO		
CPF MÉDICO SOLICITANTE 17145856384	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO 390150686422		
DATA DA EMISSÃO 06/01/18		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Exame físico em atendimento, apneia, pulso oblíquo, alteração da permeabilidade no pulmão.	
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CORRESPONDE COM ORIGINAL <i>Emanuelle Monteiro</i> Mat. 763	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Exame Complicado	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS Exame físico e fisiológico	
DIAGNÓSTICO INICIAL Exame físico e fisiológico	TIPO DE CLÍNICA 1. ☒ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS
PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento clínico e fisiológico	
CRM - MÉDICO SOLICITANTE 4002	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE Dr. Roberto César Ortopedia CRM-CE 4002
DATA 06.01.2018	HORA 20:00

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HDMUBO-Frotinha de Parangaba				FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME	
Nome: <u>Marcos Aurelio Gomes Proenca</u>					
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico	
			06/01/18		
ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:					
DATA	EVOLUÇÃO				
	Paciente com fratura exposta do úmero (E), potencialmente fratura tipo tinto a fratura (E).				
	Dr. Roberto Cesar Ortopedia CRM-CE 4032				
06/01/18	Paciente admitido na emergência com H.D. 20:32 fratura úmero (E). Não apresenta lesões e comprometimentos. Apresenta-se consciente, orientado, verbalizando necessidades, respira em ar ambiente, diáfragma com AUP em M.S.D. para uso de medicações CPM, em data pro deride 24:30. Alterações fisiológicas (+). Encaminhado para C.C.				
	Enfermeira Enfermeira COREN-CE 337705				
06/01/18	Paciente admitido no C.C. com fratura exposta do 20:00 úmero (E). Apresenta-se consciente, orientado, verbalizando necessidades, respira em ar ambiente, diáfragma com AUP em M.S.D. para uso de medicações CPM, em data pro deride 24:30. Alterações fisiológicas (+). Encaminhado para C.C.				
	NAMES CONDUZIR 24:00, 403				
06/01/18	# F.O - C.C.				
24:00	# P.D. ✓ fratura exposta do úmero (E) alinhado o alinhamento cirúrgico + limpeza lesões c/ SFOSI, em intern				
	# C2: ① Programar cirurgia definitiva				
	② AOB IV				
	③ Montar imobilização				
	Emanuel Monteiro				
	24:00 763				
	Jonatas Brito A Neto Trauma Ortopédico Atendimento em Urgência CRM 13510 / RQE 7510				



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

HDMJBO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Nome: <u>Marcelo Avelino Gomes Prado</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			06/01/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
06/01/18	Paciente com lesões corpóreas de caráter crônico. Apresenta transtorno de humor. Mantido em tratamento.
10/11/18	Paciente com H.D. de P.O. de L.C. por natureza esclerótica e com estado geral regular, consciente, orientado e verbalizando, aceita dieta e cuidados eliminatórios. Psicossomáticas presentes por avaliação pelo Dr. Daniel Ayres Moraes Palista. Talje psicológica transferida para o Dr. Daniel Ayres Moraes Palista. Transferido para o Dr. Daniel Ayres Moraes Palista. Segue aos cuidados do enfermeiro. Refere-se a 71589.
11/01	# FROTA VARIADO
11/01	Dr. V. ALMEIDA TRINDADE
12/01	Acute yub
12/01/18	Exame Geral estável, HSC HM. PO he natureza exorta de Vmuro E. Pmículu, outado, monsteno, apre. Auita aula oprenda. Higienizado. Deuere espontânea.

Dr. Daniel Ayres Moraes Palista

Médico

CRM: 19633

Dr. Antonio Luiz de Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 12647

Dr. Antonio Luiz de Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 12647

Dr. Antonio Luiz de Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 12647

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

28 MAR 2018

HOSPITAL DISTRICTAL DE FORTALEZA

ALCOA S/A

Enfermeiro

Angela Maria Gomes de Oliveira

Enfermeiro

COREN 66647

Private label for

Maria do Socorro de Sousa
Técnica de enfermagem
GOREN-CE 000.713-872
Adriana Gomes de Oliveira
Enfermeira
GOREN 69647

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL NEST. MARIA JOSÉ RANDELO DE OLIVEIRA
PRÓ-RETORES
AV. Roberto de Sá, nº 1330 - Fátima - CEP 60.060-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3364-2021 - Fax: (85) 3364-2022

FOLHA DE ANESTESIA

Paciente: Marco Aurélio Gomes Prontuário N°: _____
Infermária: _____ Leito: _____

Data: 06/12/18 Pres. Arterial: 75x100 Pulso: 120 Respiração: 12x/min Temperatura: _____ Peso: _____ Altura: _____
Hemácias: _____ Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____

1. Respiratório: _____ Alergia: Neg Bronquite: _____
2. Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
3. Digestivo: _____ Dentes: _____ Pacoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: _____ Alantócos: _____ Corticóides: _____ Alergia: Neg Hipotensores: _____
4. Estado Pré-operatório: _____ Estado Físico: ASA I Risco: _____
Anestésias Anteriores: _____

Indicação Pré-anestésica: 22/10 Aplicadas às: _____ Efeito: _____

INDUÇÃO
Medic.: X Dose: _____ Tempo: _____
Lentidão respiratória: _____ Lentidão: _____
Náusea: _____ Vômito: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO
1. Keftazol 2g
2. Diazepam 1g
3. Propofol 100mg
4. Dormonid 5mg
5. Fentanil 150mg
6. Bloqueio de plexo axilar + interscalênico

DESPERTAR
Refluxo no S.O.: _____
Oxig.: _____ CO2: _____ B.O.: _____
Hem.: _____ Vômito: _____
Outros: _____
Com o clínico: _____
Paciente e médico: X não
COMO DESP: _____

Descrição da Anestesia: Intubação orotraqueal com bloqueio de plexo axilar + interscalênico
Medic.: Dormonid Fentanil
Dose: 5mg 150mg
Efeito: no nível
Paciente: Jonas
Outros: Kalms

Dr. Ricardo de Souza Martins
MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA
CRM-6595 CPF 544.580.213-20

Perda Sanguínea: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBERANÇA DE PARANASSAL
 AV. Odebrecht de Paula nº 1127 - Parangaba - CEP 84.708-000 - Fortaleza-Ceá
 Telefone: (85) 3131-1332 - Fax: 3233-7319

Fortaleza

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: _____

Paciente: Marcos Antônio Gomes Pires
 Data da Operação: 06/08/18 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: Jonas 1º Auxiliar: _____
 2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: bloqueio de plexo + sedação
 Diagnóstico Pré-operatório: Proto tipo de tumor (E) - grau II
 Tipo de Operação: Ressecção cirúrgica de tumor de nariz
 Diagnóstico Pós-operatório: O rem
 Relatório Imediato Patologista: _____
 Exame Radiológico no ato: _____
 Acidente durante a operação: na hem

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

(1) Lavagem em abundância com solução salina
 (2) Insuflação e aspiração e aplicação de compressas úmidas
 (3) Observado tumor tipo de grau II
 da base (E) c/ contornos mal definidos
 (4) Medida da lesão em milímetros
 Medida da lesão em milímetros
 Medida da lesão em milímetros
 (5) Sutura de pele + curativo + H₂O oxigenado

Jonas Brito A Neto
 Ortopedista
 Trauma
 Otorrinolaringologia
 CRM 13510 - RQE 7510

Emmanuel Monteiro
 Mat. 763

LIDIA CORREIA DE SOUZA
 28 MAR 2018

PRONTUÁRIO

HDMJBO – Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Prefeitura de
Fortaleza**DECLARAÇÃO**

Declaro a pedido do senhor Marcos Aurélio Gomes Prado,
CPF nº 4552606300, filho da Maria Núbia Alves do Prado e Francisco Perreira
Gomes, que o mesmo foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 06.01.18 às
19:03 horas.

O mesmo informa que foi vítima de acidente de trânsito, porém não
testemunhamos a referida ocorrência.

Orientamos o mesmo a relacionar testemunhas e registrar um Boletim
de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o mesmo tenha sido socorrido pela ambulância do SAMU,
informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de
atendimento.

Fortaleza 13 de março de 2018

Wildermar Domingos de Queiroz

Diretor Executivo / HDMJBO

CPF: 107.78.154-05

DIRETOR EXECUTIVO

HDMJBO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
28 MAR 2018

	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 0121203 (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 VITÍMA 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 (ou, de não sendo, "Assinatura de 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	CNPJ da Vítima	Data do Acidente
<i>Marcelo Amelio Gomes Prado</i>	<i>455.262.063-00</i>	<i>06/01/2018</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal	CNPJ do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

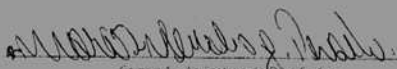
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar em 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de provimento Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atenda 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 a perícia médica às custas da seguradora a LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	---

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
28 MAR. 2018