

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE(S): GILDEVAN MARQUES PINTO, brasileiro, solteiro, design gráfico, portador da cédula de identidade nº 20084829081 – SSP/CE, inscrito no CPF sob nº 071.749.523-05, residente e domiciliado na Av. Paraíso, n 1441 Planalto Ayrton Sena - Fortaleza – Ceará – CEP: 60766-280.

OUTORGADOS: LILIAN PAIVA CIDRÃO MARQUES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE nº 13.115, ÉLIO DA SILVA MARQUES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE nº 13.114, ambos com escritório profissional na Rua Núbia Barrocas, nº 46, Bairro Parque Manibura, Fortaleza - Ceará CEP: 60821-770.

PODERES OUTORGADOS:

Pelo presente instrumento de procuração por mim (nós) infra assinado(s), constituo (imos) meu(s) procuradores, o(s) advogado(s) outorgado(s) acima qualificado(s), ao(s) qual(is) concedo(emos) os mais amplos poderes, para o foro em geral, coma cláusula **ad judicium et extra judicium**, podendo nesta ou em outra comarca, em qualquer Juízo Cível e Federal ou Tribunal, Repartições Públicas e Órgãos da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, dos Estados ou dos Municípios, sendo estes fiscais ou não, onde se tornar necessário e com esta se apresentar, propor (em) todas as causas cíveis, comerciais, tributárias, trabalhistas, administrativas ou criminais, por mais especiais que sejam, defendendo-me(nós) nas em que figure(amos) como autor(es) ou réu(s), oponente(s) ou assistente(s), razão porque lhe(s) concedo(emos) todos os poderes necessários e permitidos em direito, para, em meu (nosso) nome, requerer em juízo ou fora dele, tudo quanto for em meu benefício; alegar, defender todos os meus direitos em quaisquer causas ou demandas a que tenha de comparecer, fazendo citar, oferecer ações; contrariar, produzir provas; dar e receber quitações; recorrer, transigir, assinar declarações, inclusive de pobreza, levantar valores depositados em conta judicial mediante apresentação de alvará perante qualquer instituição bancária (Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Banco do Nordeste etc) e finalmente tudo mais praticar, requerer e receber documentos em posse de terceiros de interesse do(s) outorgante(s), inclusive requerer junto a qualquer seguradora o Seguro Obrigatório **DPVAT** e junto a seguradora **Tokio Marine** o seguro do veículo que abalroou no outorgante além de poderes específicos para requerer junto ao **IJF** qualquer documentação necessária pelo qual refere-se o seu acidente e cirurgia onde foi internado, assinar o que for permitido em lei, tudo para o fiel cumprimento deste Mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, o que tudo darei(mos) por firme e valioso.

Fortaleza (Ce), 17 de maio de 2018.


Gildevan Marques Pinto

GILDELVAN MARQUES PINTO

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARTINS
FORTALEZA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIÃO: BEL. CLAUDIO MARTINS - CNPJ: 06.589.261/0001-75
Rua Engº Antônio Ferreira Antero, Nº 470 - Parque Manibura - CEP: 60.821-765 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3273.5566 - E-mail: geral@cartoriomartins.com.br

RECONHEÇO por autenticidade a firma de
GILDEVAN MARQUES PINTO
Fortaleza, 17 de Maio de 2018
Selo Digital de Fiscalização - Tipo 2 - No(s)

JOSE MACEDO DA SILVA
Tabelião Substituto



DECLARAÇÃO DE POBREZA

GILDEVAN MARQUES PINTO, brasileiro, solteiro, design gráfico, portador da cédula de identidade nº 2008482908-1 – SSPDS-CE, inscrito no CPF/MF sob nº 071.749.523-05, residente e domiciliado na Av. Paraíso, nº 1441 – Planalto Ayrton Senna – Fortaleza – Ceará, CEP 60766-280, declara a este honroso juízo, que é pobre na forma da legislação pátria, e que, só poder buscar tutela judicial se lhe for garantido às benesses da Justiça Gratuita, em virtude de não poderem arcar com custas e honorários advocatícios.

Fortaleza, 17 de maio de 2018

Gildevan Marques Pinto

GILDEVAN MARQUES PINTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 GILDEVAN MARQUES PINTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20084829081 SSP CE

CPF
 071.749.523-05

DATA NASCIMENTO
 27/11/1996

FILIAÇÃO
 AURIVAN DA SILVA PINTO
 GILDENIA MARQUES PINTO

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 [] [] AB

Nº REGISTRO
 06343934624

VALIDADE
 08/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
 10/04/2015

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Gildevan Marques Pinto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 13/05/2016

Igor Vasconcelos Ponte
 IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

18805565828
CE153447060

DETRAN-CE (CEARA)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARTINS
FORTALEZA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELÃO: BEL. CLÁUDIO MARTINS - CNPJ: 06.589.261/0001-75
Rua Engº Antônio Ferreira Antero, Nº 470 - Parque Manibura - CEP: 60.821-765 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3273.5566 - E-mail: geral@cartoriomartins.com.br

Autentico para os devidos fins, a presente cópia do documento
 que me foi apresentado em cartório pela parte interessada. Dou fé.
 Fortaleza, 17 de Maio de 2018 da verdade
 Em testemunho
 Selo Digital de Fiscalização - Tipo 3 - No.:

JOSE MACEDO DA SILVA
 Substituto(a)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3551 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2017 15:13:42**
Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BERNARDO MANUEL**
Complemento: **ESQ. C/ TV. BERNARDO**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **SUPERMERCADO COMETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILDEVAN MARQUES PINTO**
Nascimento: **27/11/1996** CPF: **071.749.523-05** UF: **CE**
RG: **20084829081** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **GILDENIA MARQUES PINTO**
AURIVAN DA SILVA PINTO
Endereço: **RUA PARAÍSO, 1441 PLANALTO AYRTON SENA**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.766-280**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 9901-3183**
País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **GILDENIA MARQUES PINTO**
Nascimento: **13/04/1976** CPF: **589.455.983-91** UF:
RG: **94008026031** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ANA GERCY ABREU MARQUES**
FRANCISCO JOSÉ OLIVEIRA MARQUES
Endereço: **RUA PARAÍSO, 1441 PLANALTO AYRTON SENA**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.766-280**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98602-7172**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HXZ3456** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWAA05Z094046514** Renavam: **980353025** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/FOX 1.0** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **RAIMUNDO EDMAR CHAGAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NIX0753** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE1220A0137112** Renavam: **232761116** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ALDEIR DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

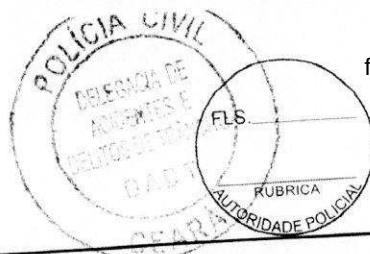
Afirma a noticiante que na data, hora e local acima citados, seu filho GILDEVAN MARQUES PINTO (vítima) pilotava a motocicleta de placa NIX0753 (acima descrita) quando foi colidido pelo veículo de placas HXZ3456, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, a vitima caiu ao

Gildenia Marques Pinto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 15

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3551 / 2017

solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao IJF-Centro; QUE, a vítima encontra-se no momento sem condições de locomoção; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

30
SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Gildeneia Marques Pinto

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 108 - 3689 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **02/06/2017 11:22:28**
Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BERNARDO MANUEL**
Complemento:
Bairro: Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

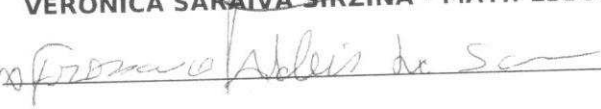
Nome: **FRANCISCO ALDEIR DE SOUZA**
Nascimento: **23/07/1981** CPF:
RG: **320736297** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA EVANEIDE MAIA**
LUIZ IRINEU SOBRINHO
Endereço: **RUA D, 30 RESID. MONDUBIM** CEP: **60.767-350**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

DIZ O NOTICIANTE QUE É PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO MOTO DE PLACA NIX0753 QUE ERA GUIADA POR GILDEVAN MARQUES PINTO QUANDO O VEÍCULO DE PLACAS HXZ3456 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO NA MOTO E DEIXANDO AVARIAS NOS DOIS VEÍCULOS. E NADA MAIS DISSE.....O PRESENTE PROCEDIMENTO NÃO TEM EFEITO LEGAL PARA SEGURO DPVAT.....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :  **VERONICA SARAIVA SIRZINA - MAT.: 135607-1-4**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) : **MARIA DO SOCORRO PORTELA ALVES DO REGO - MAT.: 198803-1-1**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Gildevan Marques Pinto**, no dia **18/05/2017**, às **20h48min**, na **Avenida Bernardo Manuel**, no **Bairro Conjunto Prefeito José Walter**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P110104/2018**.

Fortaleza, 21 de março de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Gildevan Marques Pinto
IDADE: 20 SEXO: Masculino EST. CIVIL: Solteiro FONE: (85) 99901-3183
ENDEREÇO: Rua Paraíso, 1441 - Planalto Ayrton Senna MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

- ☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;
☐ OUTROS: _____

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 18 / 05 / 2017 E ALTA EM 26 / 05 / 2017
PARA FINS DE _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____
X Gildevan Marques Pinto
Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME: Gildenis Marques Pinto
IDADE: 41 SEXO: Feminino EST. CIVIL: Viuva FONE: (85) 8602-7170
ENDEREÇO: Rua Paraíso, 1441 - Planalto Ayrton Senna MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

☐ PRÓPRIO PACIENTE ☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS ☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO ☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ
(Anexar Doc. 1) (Anexar Doc. 1, 2 e 3) (Anexar Doc. 1, 3 e 4) (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014).
- ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
- ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em ____/____/____.

Assinatura do Recebedor



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 03/07/2017 9:33:19

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 18/05/2017 22:33:21

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Registro: 5509413

CNS: 708209107610244	NOME: GILDEVAN MARQUES PINTO	Registro: 5509413
CPF: 07174952305	RG:	D. NASC: 27/11/1996
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: GILDENIA MARQUES PINTO	NOME DO PAI: AURIVAN DA SILVA PINTO	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: APOCALIPSE	Nº: 781
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	BAIRRO: PLANALTO AYRTON SENNA
	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE
		CEP: 60766470

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: francisco gilberto/samu usb 69 cond sergio	PARENTESCO: TIO	TELEFONE: 999383940
--	-----------------	---------------------

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 motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete

QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com trauma em coxa E. Orientado.

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.		

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXA COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5509413

NOME: GILDEVAN MARQUES PINTO

DATA DE NASCIMENTO:27/11/1996

PAI:AURIVAN DA SILVA PINTO

MÃE: GILDENIA MARQUES PINTO

DATA DE ATENDIMENTO: 18/05/2017

DATA DE SAÍDA:26/05/2017

MOTIVO: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, COM SUBSEQUENTE DOR E EDEMA EM COXA ESQUERDA.

AO EXAME RADIOLÓGICO: FRATURA SUBTROCANTÉRICO DO FÊMUR ESQUERDO, FEITO REDUÇÃO ABERTO E LUXAÇÃO COM DESPOSITIVO DCS LONGO C/14 PINOS + 07 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5mm.

LAUDO DIGITADO EM 19/06/2017 (FRED/C)"


MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Guilherme Marques Lima
Idade: anos meses
Prontuário: 5509413 Unidade: Leito: SE 1408

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Assimilação de alimentos satisfatória, sem vômitos, sem febre, sem
alteração intestinal, sem dor abdominal, sem alterações
clínicas no IO. Hb: 3,1 Ht: 33

Diagnóstico Principal: Tuberculose pulmonar
Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos: ☐ Não ☒ Sim
- Cirurgia realizada: Desmonte da parede Cirurgião: Felipe Viana
Tipo de anestesia/Sedação: Propofol Data: 24/09/14
- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data:
- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data:
- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data:
- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data:
- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data:

Procedimentos Invasivos/Exames ☐ Sim ☒ Não
Data:
Data:



3-	Data	___/___/___
4-	Data	___/___/___
5-	Data	___/___/___
6-	Data	___/___/___

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ___/___/___ Dr.(a) _____

Observações: _____

Data: 26 / 01 / 2012

Médico

CRM/Carimbo

Retorno no H-2 - Hospital da mulher

Menss: { Regime de H-2
que trabalho

Regime de H-2 3233 3196 - 10/07



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

071.749-523-05

Nome completo da vítima

GILDEUAN MARQUES PINTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GILDEUAN MARQUES PINTO		CPF titular da conta 071.749-523-05	Profissão
Endereço AV. PARAISO		Número 341	Complemento
Bairro PLANALTO AYTTON SENA	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60766-280
Email ciclaoa.dv@gmail.com		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

BRADeseo

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0758

7

21641

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, 17 de MAIO de 2018

Local e Data

* Gildeuan Marques Pinto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

GILDEVAN MARQUES PINTO

CPF da Vítima

071.749.523-05

Data do Acidente

18.05/2017

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, 17 de MAIO de 2018

Local e Data

* Gilderan Marques Pinto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1284584337

PROIBIDO PLASTIFICAR
1284584337

INTERPRINT LTDA

NOME: GILDEVAN MARQUES PINTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 20084829081 SSP CE

CPF: 071.749.523-05 DATA NASCIMENTO: 27/11/1996

FILIAÇÃO: AURIVAN DA SILVA PINTO
GILDENIA MARQUES PINTO

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAT. HAR: ☒ AB

Nº REGISTRO: 06343934624 VALIDADE: 08/12/2019 1ª HABILITAÇÃO: 10/04/2015

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Gildevan Marques Pinto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 13/05/2016

18805565828
CE153447060

ASSINATURA DO EMISSOR

DETALHE CEARÁ

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARTINS
NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gildevan Marques Pinto,RG nº 20084829081 data de expedição 26/04/2013 Órgão SSPDS

CPF nº 041.749.523-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Paraíso</u>
Número	<u>1441</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Planalto Ailton Sene</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60.766-280</u>
Telefone de Contato	<u>85999013183</u>
E-mail	<u>gildevan99@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 17 de maio de 2018

Assinatura do Declarante: x Gildevan Marques Pinto



Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1565822 DV **8**

VENCIMENTO
21/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
150,09

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **525183298**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 09 01230 26 0341400

Medidor

Poste

Nome AURIVAN DA SILVA PINTO

7658062

1871 N91T

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU PARAISO 01441 MONDUBIM FORTALEZA 60766280

RG / CPF / CNPJ 507.517.943-68

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual * Leitura Anterior * Constante = Consumo (kWh) * Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 25642 25447 1 195 0 195

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

14/05/2018

14/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9F93.119E.DF25.32ED.93F0.49E8.3A97.2FFF

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 139,17 Aliquota 27% Valor do Imposto 37,57

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

10,92

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,23)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

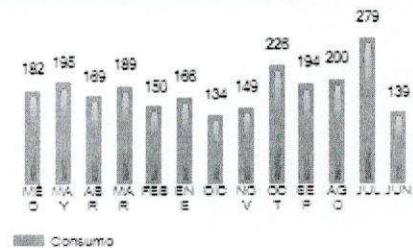
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 42,53

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	4,32	4,32	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	3,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,94			2,15		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

1565822-8

N° da Nota Fiscal: **525183298**

Total a Pagar (R\$): **150,09**

Data de Emissão:

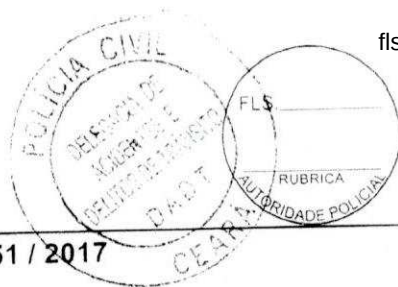
17/05/2018

Referência: **MAI/2018**

N° de Controle: **0001565822 00525 4363 2 64**

83830000001-2 50090031000-8 00015658220-1 05254363280-9





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3551 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2017 15:13:42**
Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BERNARDO MANUEL**
Complemento: **ESQ. C/ TV. BERNARDO**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **SUPERMERCADO COMETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILDEVAN MARQUES PINTO**
Nascimento: **27/11/1996** CPF: **071.749.523-05**
RG: **20084829081** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **GILDENIA MARQUES PINTO**
AURIVAN DA SILVA PINTO
Endereço: **RUA PARAÍSO, 1441 PLANALTO AYRTON SENA**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.766-280**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9901-3183**

Noticiante(s)

Nome: **GILDENIA MARQUES PINTO**
Nascimento: **13/04/1976** CPF: **589.455.983-91**
RG: **94008026031** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA ANA GERCY ABREU MARQUES**
FRANCISCO JOSÉ OLIVEIRA MARQUES
Endereço: **RUA PARAÍSO, 1441 PLANALTO AYRTON SENA**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.766-280**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-7172**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HXZ3456** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWAA05Z094046514** Renavam: **980353025** Tipo do Veículo: **AUTOMOVE** Marca / Modelo: **VW/FOX 1.0** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **RAIMUNDO EDMAR CHAGAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NIX0753** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE1220A0137112** Renavam: **232761116** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ALDEIR DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

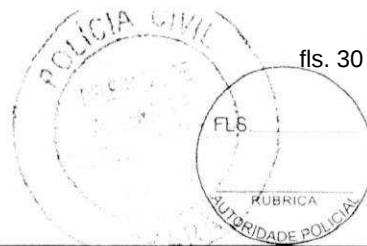
Afirma a noticiante que na data, hora e local acima citados, seu filho GILDEVAN MARQUES PINTO (vítima) pilotava a motocicleta de placa NIX0753 (acima descrita) quando foi colidido pelo veículo de placas HXZ3456, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, a vitima caiu ao

Gildenia Marques Pinto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 3551 / 2017

solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao IJF-Centro; QUE, a vítima encontra-se no momento sem condições de locomoção; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Goldenia Marques Pinto

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 18/05/2017 22:33:21

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 708209107610244	NOME: GILDEVAN MARQUES PINTO	Registro: 5509413
CPF: 07174952305	RG:	D. NASC: 27/11/1996
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: GILDENIA MARQUES PINTO	NOME DO PAI: AURIVAN DA SILVA PINTO	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: APOCALIPSE	Nº: 781
		BAIRRO: PLANALTO AYRTON SENNA
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA
		UF: CE
		CEP: 60766470

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: francisco gilberto/samu usb 69 cond sergio	PARENTESCO: TIO	TELEFONE: 999383940
--	-----------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

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

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou caminhonete
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com trauma em coxa E. Orientado.
OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.		

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:

PROTOCOLO - 107
DATA 03/07/2017
Nº 13546
SERVIDOR(A)
MOTA COELHO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LILIAN PAIVA CIDRAO MARQUES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 21/11/2018 às 13:03, sob o número 01802011520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180201-15.2018.8.06.0001 e código 409F7D9.



DECLARAÇÃO

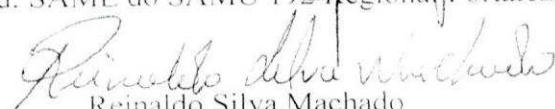
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Gildevan Marques Pinto**, no dia **18/05/2017**, às **20h48min**, na **Avenida Bernardo Manuel**, no **Bairro Conjunto Prefeito José Walter**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P110104/2018**.

Fortaleza, 21 de março de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Gildevon Marques Pinto
IDADE: 20 SEXO: Masculino EST. CIVIL: Solteiro FONE: (85) 99901-3183
ENDEREÇO: Rua Paraíso, 1491 - Planalto Ayrton Senna MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;
☐ OUTROS: _____

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 18 / 05 / 2017 E ALTA EM 26 / 05 / 2017
PARA FINS DE _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____
X Gildevon Marques Pinto
Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME: Gildenis Marques Pinto
IDADE: 41 SEXO: Feminino EST. CIVIL: Viuva FONE: (85) 8602-7170
ENDEREÇO: Rua Paraíso, 1491 - Planalto Ayrton Senna MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1) ☐ PAÍS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3) ☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4) ☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmentecomproven o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014).
- ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
- ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em ____/____/____.

Assinatura do Recebedor



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Filadelfo Marques Lima
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5509413 Unidade: _____ Leito: SA MOR

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Levante de hipotensão por desidratação e hipotensão
por desidratação

Diagnóstico Principal: Fratura de fêmur
Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: Osteotomia de fêmur Cirurgião: Dr. Agostinho Holanda
Tipo de anestesia/Sedação: raquidural Data: 25/07/14
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Gilberto Marques Amato
Idade: 55 anos 09 meses
Prontuário: 5509413 Unidade: SR M 08 Leito: SR M 08

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Período de internamento subseqüente para fratura
diáfise de fêmur direito. Boas condições
clínicas no IO. Hb: 31 14133.

Diagnóstico Principal: Fratura fêmur

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: Interno fixação Cirurgião: Felipe Vero
Tipo de anestesia/Sedação: Respi Data 04/09/14
2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data ____/____/____
2- _____ Data ____/____/____



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 horas de proteção à vida

Boletim de Emergência Reg.: ST 09 413

O Sr.(a) Gilsones Marques Pinto

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 18/05/14, às 22:35 h.

Tendo como causa do socorro Fratura de perna

Extrema dor no local, muito horrível

Local do hit: 18/05/14

Observações: Necessidade de 32 (trinta e dois) dias

de repouso absoluto e
proteção de gaze

Fortaleza, 16 de maio de 200 14

Médico de Plantão - CRM: [assinatura]

CPF: [assinatura]

Dra. Cibelle Rocha
Médico
CREMEC - 8075



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5509413

NOME: GILDEVAN MARQUES PINTO

DATA DE NASCIMENTO:27/11/1996

PAI:AURIVAN DA SILVA PINTO

MÃE: GILDENIA MARQUES PINTO

DATA DE ATENDIMENTO: 18/05/2017

DATA DE SAÍDA:26/05/2017

MOTIVO: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, COM SUBSEQUENTE DOR E EDEMA EM COXA ESQUERDA.

AO EXAME RADIOLÓGICO: FRATURA SUBTROCANTÉRICO DO FÊMUR ESQUERDO, FEITO REDUÇÃO ABERTO E LUXAÇÃO COM DESPOSITIVO DCS LONGO C/14 PINOS + 07 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5mm.

LAUDO DIGITADO EM 19/06/2017 (FRED/C)”

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / LJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO ALDEIR DE SOUZA,
 RG nº 320736297, data de expedição 1/1/,
 Órgão SSPI/EE, portador do CPF nº 635.278.803-30 com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
APOCALIPSE, PLANALTO ARIKTON SENA, nº 801,
 complemento LOJA A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima GILDEVAN MARQUES PINTO cujo o condutor era
GILDEVAN MARQUES PINTO.

Veículo: MOTO
 Modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125K
 Ano: 2010
 Placa: NIX 0753
 Chassi: 9CGKE122040137112
 Data do Acidente: 18/05/2017
 Local e Data: FORTALEZA, CE, 17, DE MAIO, DE 2018.

Francisco Aldeir de Souza
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 013357063742
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CLAD1 VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
232761116 0000000000 2017

FRANCISCO ALDEIR NOGUEIRA SOUZA

FORTALEZA/CE

63527880330 PLACA NIX0753

PLACA ANT./UF CHASSI
*****/SP 9C6KE1220A0137112

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2010 2010
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
I ***** 1ª *****
P ***** 2ª *****
V ***** 3ª *****
A *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES
FORTALEZA LOCAL 05/847/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013357063742 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE 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 DATA EMISSÃO
2017 05/07/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 63527880330 NIX0753

RENAVAM MARCA / MODELO
232761116 YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. CAL. TARIF. Nº CHASSI
2010 09 9C6KE1220A0137112

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO
X COTA ÚNICA 00/00/0000

LOTE/DOC. 2061116
MOTOR: E3D1E13116
SEGURO DPVAT
CHASSI: 9C6KE1220A0137112

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Aldeir de Souza,

RG nº 320736294, data de expedição 17/11/2015

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 635.248.803-30, com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua D - Residencial Mondubim, nº 30,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Gildevan Marques Pinto, cujo o condutor era

Gildevan Marques Pinto.

Veículo: Yamaha

Modelo: Factor 125K

Ano: 2010

Placa: NIX 0453

Chassi: 9CGKE1220A0137112

Data do Acidente: 18/05/2017

Local e Data: Av. Bernardo Manuel - 18/05/2017

Francisco Aldeir de Souza
Assinatura do Declarante

Gildevan Marques Pinto

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013357063742
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CLAUDI 232761116 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO: 2017

FRANCISCO ALDEIR NOME DE SOUZA

FORTALEZA/CE

CPF / CNPJ 63527880330 PLACA NIX0753

PLACA ANT / UF *****/SP CHASSI 9C6KE1220A0137112

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO AFLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 05/04/2017

Assinatura do titular

ENTRADA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS-PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
(AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO) - SEGURO DPVAT

CE Nº 013357063742 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE 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 2017 DATA EMISSÃO 05/07/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 63527880330 PLACA NIX0753

RENAVAM 232761116 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB 2010 CAL. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C6KE1220A0137112

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

LOTE/DOC. SEGURO DPVAT
MOTOR: E3D1E13116 CNPJ 09.248.608/0001-04

FEV/17



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GILDEVAN MARQUES PINTO**

Nº Sinistro: **3180506151**

Vitima: **GILDEVAN MARQUES PINTO**

Data do Acidente: **18/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LILIAN PAIVA CIDRAO MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180506151**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13534134



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180506151 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILDEVAN MARQUES PINTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO UNIAO

SEGURADORA S.A - VIDA E PREVIDENCIA-Filial Rio de Janeiro-RJ

BENEFICIÁRIO GILDEVAN MARQUES PINTO

CPF/CNPJ: 07174952305

Posição em 21-11-2018 13:20:27

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Exigência Documental	
31/10/2018	Aviso de Sinistro	



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GILDEVAN MARQUES PINTO

Nº Sinistro: 3180506151

Vitima: GILDEVAN MARQUES PINTO

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LILIAN PAIVA CIDRAO MARQUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180506151**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13540638





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 95.611.141/0001-57 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 03/01/1967	
NOME EMPRESARIAL UNIAO SEGURADORA S.A. - VIDA E PREVIDENCIA					
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) UNIAO SEGURADORA S.A.				PORTE DEMAIS	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida					
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.42-1-00 - Previdência complementar aberta					
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada					
LOGRADOURO PC OTAVIO ROCHA		NÚMERO 65	COMPLEMENTO ANDAR 2		
CEP 90.020-140	BAIRRO/DISTRITO CENTRO		MUNICÍPIO PORTO ALEGRE		UF RS
ENDEREÇO ELETRÔNICO SECRETARIA@UNIAOSEGURADORA.COM.BR			TELEFONE (51) 3024-3986		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****					
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA			DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 24/05/2003		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL					
SITUAÇÃO ESPECIAL *****			DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **21/11/2018** às **13:47:12** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1