



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>FABIO RODRIGUES MACIEL</i>		Data Nasc: <i>02/06/1982</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>96002472257</i>	CPF: <i>621.480.953-15</i>	
Endereço: <i>Rua São Sebastião, nº 388, 4, no bairro Alvaro Weyne</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>		CEP: <i>60.861-030</i>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 22 de Novembre de 20 19.

FABIO RODRIGUES MACIEL
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Fabio Rodrigues Maciel, residente e
domiciliado na Rua São Sebastião, nº 388,
bairro: Alvaro Weyn, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 96002472257, inscrito(a) no CPF nº 621.480.953-15,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 22 de Novembro de 20 19.

FABIO RODRIGUES MACIEL

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Rodrigues Maciel, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 96002472257, inscrito(a) no CPF sob o nº 621.480.953-15, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua São Delbarkão, nº 388, Bairro Alvaro Weyne, CEP: 60.861 - 030 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 22 de Novembro 20 19.

FABIO RODRIGUES MACIEL

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Fábio Rodrigues Maciel Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Fortaleza, 22 de Novembro 2019.

FABIO RODRIGUES MACIEL

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

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

CE

**VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1496991311

FABIO RODRIGUES MACIEL

DOC. IDENTIDADE / CNH. EMISSOR
96002472257 SSP CE

CNP
621.480.953-15

DATA NASCIMENTO
02/06/1982

FUNÇÃO
ANTONIO DA SILVA
MACIEL
FRANCISCA HELENA
RODRIGUES

PERMITE **ACC** **CAT. 01**

Nº REGISTRO
06685602480

VALIDADE
11/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/08/2016

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

FABIO RODRIGUES MACIEL

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
PORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
01/09/2017

SIGNATURA DO EMISSOR
23115166567
CE161172547

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496991311



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

VISTO

EM: __/__/2019

Fiscal de Policiamento da
__ªCIA/ __ºBPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

ROP nº 22/2019

Pentecoste-CE, 20 de Janeiro de 2019

OPM

4ªCIA/ 11ºBPM

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA FATAL

LOCAL DA OCORRÊNCIA

PENTECOSTE

DOS FATOS:

Informo a V.S.^a que no dia 20/01/2019 (Domingo) por volta das 21H20Min, fomos informados via telefone sobre uma colisão de uma motocicleta com um carro na Rua Padre Sinval Facundo. O condutor do veículo **HONDA/TITAN KS 150**, 2006, cor vermelha, placa **HXG 2014**, **FABIO RODRIGUES MACIEL**, 36 anos, e que vinha na garupa de sua moto **JOSÉ MARIA RODRIGUES DE SOUSA**, 19 anos, ambos sofreram fraturas e foram conduzidos para a UPA de Pentecoste. Mas **FÁBIO** foi encaminhado para o IJF em Fortaleza, pois seus traumas eram mais graves. A condutora do carro **FIAT PALIO AZUL**, placa **HWF 7240**, nada sofreu na colisão e permaneceu no local, ajudou a prestar socorro as vítimas. Os policiais militares **MAJ. ADRIANIZIO**, **CB PM SOUSA** e o **SD PM E. BRUNO** foram até o local e na UPA, onde colheram os dados da ocorrência.

Leonardo Dimas Pinho de Castro – 2º SGT PM

Operador da 4ª Cia/11ºBPM

MF:135.232-1-5

Rua José Valdir Aguiar, S/N – Acampamento – Pentecoste – Ce
Fone: 85 3352 – 2090



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento pré-hospitalar ao Sr. FÁBIO RODRIGUES MACIEL, portador do RG n.º 96002472257, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 621.480.953-15, no dia 20/01/2019 às 21h05, no município de Pentecoste-CE, na Avenida Central, Bairro Centro, próximo ao espetinho do Natan, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para a UPA de Pentecoste-CE, em seguida para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Esébio, 11 de março de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 25 e 30 - Centro Esébio - CE
Fones: (85) 3433 7434

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/01/2019 23:42:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 701403646008635	NOME: FABIO RODRIGUES MACIEL			Registro: 5599355			
CPF: 62148095315	RG: 96002472257	D. NASC: 02/06/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA HELENA RODRIGUES			NOME DO PAI: ANTONIO DA SILVA MACIEL				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO SEBASTIAO 1240		Nº: 388	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY			
COMPLEMENTO: CASA 4	TELEFONE: 991821713	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60355555		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 137 COND FLAMARION		PARENTESCO: ESPOSA ELIZABETH			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SEGUNDO SAMU SEM CAPACETE, NEGA SINCOPE, FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO E							
OBSERVAÇÕES: OLHO ESQUERDO - REPERE DOR PORTE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese							
Exame Físico							
Conduta							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

02, 02 2019
13826
Eduardo Moreira



INS: LUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **5599355**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FABIO RODRIGUES MACIEL** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5599355**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **701403646008635** 8 - DATA NASCIMENTO: **02/06/1982** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **FRANCISCA HELENA RODRIGUES/ANTONIO DA SILVA MACIEL** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **991821713**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO: **991821713**
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **SAO SEBASTIAO 1240, 388, PRESIDENTE KENNEDY** 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DIAFISARIA DE RADIO.NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **DIAFISE DE RADIO** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S523** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISARIA DE RADIO.** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408020431**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **22/01/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201921000377 Data 22/01/2019 Hora 16:05 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL
Médico Solicitante 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI Médico Responsável 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA Dias 2

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome FABIO RODRIGUES MACIEL Sexo MASCULINO
Nascimento 02/06/1982 Idade 36 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe FRANCISCA HELENA RODRIGUES Pai ANTONIO DA SILVA MACIEL
Conjuge Responsável FABIO RODRIGUES MACIEL Prontuário 2449431
CNS 701403646008635 Registro 201902570000323 Documento Informado RG: 96002472257 Emissão: 18/08/2016
País BRASIL Município de Naturalidade UMIRIM/CE CEP 60355-520
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA SAO SEBASTIAO
Número 388 Complemento Bairro PRESIDENTE KENNEDY
Fone Móvel (85)9918.21713 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / PORTEIRO DE EDIFICIOS

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar FABIO RODRIGUES Acomodação/Leito 222/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA- Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helena Data: 22/01/2019 Hora: 16:23:36 Tempo: 00:17:54

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

FABIO RODRIGUES MACIEL, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 22 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS





**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTQ
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3225.2544

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@hft.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: **26/08/19**

Nome do paciente: *Silvia Fátima*

Nº Prontuário: *123456* Categoria: *Adulta*

Clínica: *Clínica de Cirurgia* Leito: *10*

Cirurgião: *Dr. João Carlos*

Anestesista: *Dr. João Carlos*

Tipo de Anestesia: *gaseosa com sedação*

1 Auxiliar: *Dr. João Carlos*

2 Auxiliar: *Dr. João Carlos*

3 Auxiliar: *Dr. João Carlos*

Instrumentadora: *Dr. João Carlos*

Circulante: *Dr. João Carlos*

Diagnóstico Pré-Operatório: *Adenocarcinoma de Estômago*

Tipo de Operação/ Código: *041503013*

Diagnóstico Pós-Operatório: *estômago colto e ovariectomia*

Relatório Imediato do Patologista: *Adenocarcinoma de Estômago*

Exame Radiológico no ato: *Adenocarcinoma de Estômago*

Acidente e Incidentes: *02010130*

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo
Anestesia Ocorrências Principais		Classificação da Cirurgia:
		LIMPA:
		POT. CONTAMINADA:
		CONTAMINADA:
		INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

Dr. João Carlos
CPF: 045.088.213-04

MODELO 80

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I - SER. I
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FLORESTA

DECLARAÇÃO FISIOTERAPIA

Declaro para devidos fins que paciente Fábio Rodrigues Maciel realizou 20 sessões de fisioterapia no UAPS Floresta para reabilitar fratura em ulna e cotovelo esquerdo, afim de retornar os movimentos.

O mesmo ainda sente dores, limitações de movimentos e bloqueio osso, sendo assim, incapacitado para retornar às atividades profissionais.

Magda Mayara S. Portela

CARIMBO ASSINATURA

Magda Mayara S. Portela

Fisioterapeuta

269086 - F

DATA 05/08 / 2019

CREFITO SER. I - CO DE FISIOTERAPIA

DISTR. DE SAÚDE
SER. I - CS. FLORESTA



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190427679 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO RODRIGUES MACIEL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO FABIO RODRIGUES MACIEL

CPF/CNPJ: 62148095315

Posição em 02-09-2019 07:48:05

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/08/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/08/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SIHikkKy9F4zYcilzQ8fi/api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oRI7jclHJRicVLEfFaaYKNQ=)