

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>GLAYDSON NEY BARROSO ALVES</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
RG: <u>93002244543</u> Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u> Data da Emissão:	
CPF: <u>613.364.163-00</u> Profissão: <u>AUTÔNOMO</u>	
Endereço: <u>RUA PROF. DEMETRIUS CARNEIRO, 202 ALTO</u>	
Bairro: <u>FLORESTA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60340-640</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judícia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 28 de NOVEMBRO de 2019.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: GLAYDSON NEY BARROSO AWE		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 93002244543	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão: -
CPF: 613.364.163-00 Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço: RUA PROF. DEMETRIUS CARNEIRO, 202 AND		
Bairro: FLORESTA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.340-640

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 28 de NOVEMBRO de 2019.

Glaysom Ney B. Awe

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 28 de NOVEMBRO de 2019.

Ciente:

Glaysom Ney B. Awe

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
GLAYDSON NEY BARROSO ALVES

DOC. IDENTIDADE / CEB. EMISSOR UF
 93002244543 SSP CE

CPF
 613.364.163-00

DATA NASCIMENTO
 14/05/1978

PAIS
 BRASIL

PAIS DE ORIGEM
 FRANCISCO ALVES DE
 ARAUJO
 FÁTIMA MARIA BARROSO
 ALVES

PERMISSÃO
 00000000

ACC
 000000

CAT. RAS
 A

Nº REGISTRO
 06708015302

VALIDADE
 19/05/2021

1ª EMISSÃO
 21/09/2016

CONDIÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA
Gláysdon Ney Barroso Alves

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 22/09/2017

90869658815
CE161529445

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544766722

PROIBIDO PLASTIFICAR
1544766722

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante:	GLANDSON NEY BARROSO AMES		
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado Civil:	SOLTEIRO
RG:	93002244543	Órgão Emissor:	SSP-CE
CPF:	613.364.163-00	Data da Emissão:	
Profissão:	AUTÔNOMO		
Endereço:	RUA PROF. DEMETRIUS CARNEIRO, 202 ALTO		
Bairro:	FLORESTA	Cidade/UF:	FORTALEZA/CE
CEP:	60.340-640		

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 28 de NOVEMBRO de 2019

Glandson Ney B. Ames

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>GLAYSON NEY BARROSO ALVES</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>93002244543</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>613.364.163-00</u>	Profissão: <u>AUTÔNOMO</u>	
Endereço: <u>RUA PROF. DEMETRIUS CARNEIRO, 202 ALTO</u>		
Bairro: <u>FLORESTA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60340-640</u>

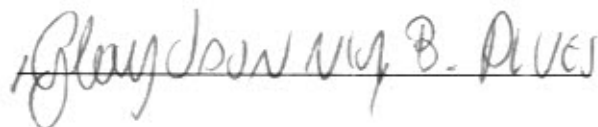
Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 28 de NOVEMBRO de 2019.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018247324

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5028 / 2018



fls. 13

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/11/2018 09:07:33**
Data / Hora da Ocorrência: **09/08/2018 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEMETRIO MENEZES**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **VAPT VUPT ANTONIO BEZERRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GLAYDSON NEY BARROSO ALVES**
Nascimento: **14/05/1978** CPF: **613.364.163-00** UF:
RG: **93002244543** Órgão Emissor: **SSP CE**
Filiação: **FÁTIMA MARIA BARROSO ALVES**
FRANCISCO ALVES DE ARAÚJO
Endereço: **RUA PROFESSOR DEMETRIOS CARNEIRO, 202 ALTOS**
Bairro: **FLORESTA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98646-2857**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PND3006** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1650FR209720 Renavam: **1057437910** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **GRACA CUNHA DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN, SENTIDO BARRA DO CEARÁ, E AO FAZER UMA CURVA NO INTUITO DE PEGAR A RUA CEL CARVALHO, PASSOU POR UM BURACO EXISTENTE NA PISTA, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E BATEU NO CANTEIRO CENTRAL; QUE CAIU E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL FROTEINHA DO ANTONIO BEZERRA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE//

OBS:A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

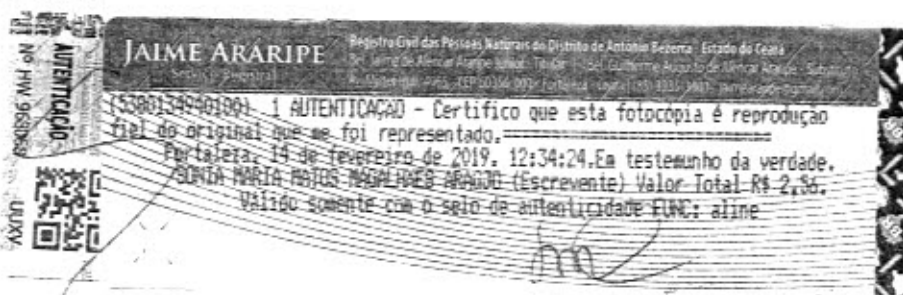
GLAYDSON NEY BARROSO ALVES

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 23/11/2018 09:20:52

Impresso em: 23/11/2018 09:20:52





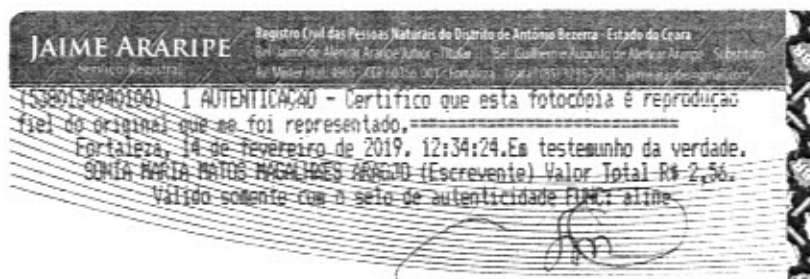
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018247324

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5028 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE GLAYDSON NEY BARROSO ALVES		Nº DO PRONTUÁRIO 180059	Nº DO BE 233640
CASUS		NASCIMENTO 14/05/1978(40 ANOS)	SEXO M
NOME MÃE FATIMA MARIA BARROSO ALVES		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA PROFESSOR DEMÉTRIO CARNEIRO 202 FLORESTA		MUNICÍPIO FORTALEZA	
CONTATO (85)98646-2857		UF CE	
CEP 60.340-640			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA PACIENTE APRESENTA DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DA PERNA E .		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS PACIENTE APRESENTA DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DA PERNA E .		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NAYARA DE VASCONCELOS FELIPE	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 09/08/2018	
ATEENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE <i>Substancia que causou trauma de</i> <i>no braço esquerdo e escoriações</i> <i>na perna esquerda</i>			
DIAGNÓSTICO			
COD. PROCEDIMENTO			
CIC			
EXAT SOCORRIDO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☒ RAIO-X <i>do braço e</i> ☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>torção e</i>			
TIPO DE ALTA/SALIDA			
ALTA/SALIDA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO			
OBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ DE 48 HORAS A 30 DIAS ☐ MAIS DE 30 DIAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL <i>Dr. Cleonice</i> <i>CRM 56097</i> <i>09/08/2018</i>			

Impresso por nayara de vasconcelos felipe em 09/08/2018 às 21:29:03

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Tratou-se de trauma de
glaydson ney barroso alves

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45832
Coordenadora do SAME - HDEAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Gláycion Ney Barroso
Atis

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 09 de agosto de 2018 as _____ hs _____

Tendo como causa do atendimento: CID 10: S52.1
S82.6

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

2. ☒ Necessitando de 15 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____

3. () Encontra - se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física .

4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 16 de 08 de 18

[Assinatura]
Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PAEX (85) 3488 32 10



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) _____

Flaydson Ney Barros Alves

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 31 de 10 de 18 as _____ hs _____

Tendo como causa do atendimento: _____

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

*Fict. autógrafo de quem
Fict. Romagosa expuser*

E pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 30 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____
3. () Encontra - se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. (X) Paciente encaminhado à especialidade: _____

fict. mictora

Fortaleza, 31 de 10 de 18

[Assinatura]
Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 18



RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE:

Glaydon Ney Barros Alves

PRONTUARIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INICIO DO TRATAMENTO

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO PARA RETORNO

090818

16.0818

31.0818

Dr. Glauco

RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA

Trauma

DIAGNÓSTICO

PRINCIPAL:

Fratura exposta do antebraço

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Amputação cirúrgica: 09.08
 Osteossíntese do antebraço: 11.08
 " do tornozelo: 14.08

TERAPÉUTA APÓS ALTA

Amox. antibiótico
 Cefalexina 500mg

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO

MELHORADA

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Cuidados com o membro

DATA: 16.0818

MÉDICO - CRM

7399

Ad. 10/08/18 0 - 07:00

SINISTRO 3190141851 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GLAYDSON NEY BARROSO ALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GLAYDSON NEY BARROSO ALVES

CPF/CNPJ: 61336416300

Posição em 29-04-2019 15:37:52

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/04/2019	R\$ 4.893,75	R\$ 0,00	R\$ 4.893,75