

ANO
2018

M1

MARTINS & MARTINS

ADVOCACIA & CONSULTORIA

Dr. Egedêmio Martins

Dra. Naira Martins

PROCURAÇÃO "AD JUDITIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Douglas Martins Melo, Brasileiro(a), Estado Civil: solteiro, Profissão: estudante, Portador (a) da Cédula de Identidade nº. 20080422452 SSP/ PE, Inscrito(a) no CPF/MF nº. 064.462.333-28, Residente e domiciliado(a): Rua Coronel João Martins Bairro: Brejo Município de Henricópolis/PE.

Vem pelo presente Instrumento particular de PROCURAÇÃO, nomear e constituir seus bastantes procuradores Dr. ANTONIO EGEDEMO MARTINS, brasileiro, casado, CPF: 386.180.103-59, advogado inscrito na OAB/CE, sob nº 21.740 e Dra. NAIRA MARIA FARIAS MARTINS, brasileira, casado, CPF: 513.373.553-72, advogada inscrita na OAB/CE, sob nº 30.504, membros do escritório **MARTINS & MARTINS ADVOCACIA & CONSULTORIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ: 22.892.507/0001-30, com escritório na Rua Adolfo Pinheiro, 376, Dionísio Torres, CEP: 60.120.040, Fortaleza/CE, a quem confere poderes amplos e ilimitados, inclusive os das cláusulas "ad juditia et extra" para o foro em geral, A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes, especialmente para ingressar com AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO/COBRANÇA DE SEGURO DPVAT junto à Justiça Estadual em face de qualquer seguradora participante do consorcio e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, propor Execução, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nºs. 447 e 448 do Código de processo Civil, podendo ainda substabelecer por bom, firme e valioso, sempre no interesse do(a) outorgante. **Outrossim**, fica vinculado quando da assinatura deste instrumento a concordância do estabelecido para fazer jus à título de honorários advocatícios e pelo desempenho nos trabalhos realizados um percentual de 20% (vinte) por Cento, a incidir sobre o valor da condenação e também custeando os honorários advocatícios ficarão a sucumbência da causa.

Fortaleza/CE 30 de novembro de 2019.

X Douglas Martins Melo
(ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU Douglas Martins Melo, brasileira(o),
estado civil solteiro, profissão Estudante, portador(a) da C.I. de
nº 20080421452 SSP/CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 064.469.333-98,
residente e domiciliada na Rua Coronel João Martins - Pereira, no
Município de Huebelândia /CE, CEP: 62.270-000, abaixo assinado, na
forma da **lei nº 1.060/50 e decreto estadual nº 4.923/94**, DECLARO a quem possa interessar e
para fins e efeitos jurídicos, ser **pobre na forma da lei**, não podendo arcar com custas e
demais despesas emergentes de demandas jurídicas, sem sofrer transtornos à sua subsistência e
sua família. Assumindo assim, total responsabilidade, sob as penas da lei, por esta
declaração.

Huebelândia /CE, 30 de 11 de 2019.

x Douglas Martins Melo
Assinatura



DECLARAÇÃO DE PROVAS

EU, Douglas Martin Melo, brasileiro(a), estado civil soltteiro, Profissão Estudante portador(a) do RG nº 200904921452, SSP/CE, Inscrito no CPF nº 064.469.333-28,

Devidamente já qualificado nos termos da Procuração, DECLARO que todo conteúdo mencionado na petição inicial, bem como as provas utilizadas para o processo, são declarações de minha autoria relatados ao meu patrono da ação, ou seja, todas baseadas em meu depoimento.

ASSUMINDO ASSIM, TOTAL RESPONSABILIDADE, SOB AS PENAS DA LEI, POR ESTA DECLARAÇÃO. POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO A PRESENTE DECLARAÇÃO PARA QUE SURTA SEUS EFEITOS LEGAIS.

Humboldt/CE, 30 de 11 de 2019.

x Douglas Martin Melo
Assinatura/Declarante



Você

hoje às 09:46







GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 475 - 607 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 10:48:47**
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2017 01:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LIGA HIDROLÂNDIA AO IRAJÁ**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência: **Município: HIDROLANDIA/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DOUGLAS MARTINS MELO**
Nascimento: **26/01/1994** CPF: **064.469.333-98**
RG: **20080421452** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **IRANILDES MARTINS MELO** UF: **CE**
ERIVALDO PEREIRA MELO
Endereço: **RUA CORONEL JOÃO MARTINS**
Bairro: **PEREIRO**
Município: **HIDROLANDIA/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **CEP: 62.270-000**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQY9455** Uf: **CE** Município: **HIDROLANDIA** Chassi: **9C2KC1550AR149319** Renavam: **233842640** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **GUILHERME MARTINS GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

PARA FINS DE SEGURO DPVAT, A VITIMA COMUNICOU QUE NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADAS SE ENCONTRAVA PILOTANDO O VEICULO ACIMA DESCRITO, ESTAVA SE DESLOCANDO PARA O DISTRITO DO IRAJÁ, QUANDO COLIDIU COM UMA OUTRA MOTO NÃO IDENTIFICADA E PILOTO NÃO IDENTIFICADO, QUE POR CONTA DA COLISÃO QUEBROU O TORNOSSELO DIREITO, SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE HIDROLÂNDIA E NADA MAIS DISSE//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MAURO CESAR BARROSO BRAGA - MAT.: 163368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Do Douglas Martins Melo

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA



GOVERNO MUNICIPAL
Hidrolândia
MUDANDO PARA UM NOVO TEMPO
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Convênio



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

fls. 14

HOSPITAL MATERNIDADE DR. LUIS GONZAGA DA F. MOTA
FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Nº Prontuário

Nome do Paciente:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento:

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames

Conduta Realizada:

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Médico:

CPF:

CRM

Assinatura do Secretário

Assinatura do Auditor

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Data:

Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID:

CID:

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
NÃO REEERE COM O ORIGINAL
D.P. DALLI
Marta Cleide da Silva
COORDENADORA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 3645 | 12/11/2017

Etiqueta Atendimento

NUMERO: 5021155 DT. ATEND.: 12/11/2017 10:12

MATRI.: 663070 NASCIMENTO.: 26/1/1994

NOME.: DOUGLAS MARTINS MELO

MAR.: IRANILLES MARTINE MELO

CNP.: 06/146933300 END.: 203401572660000 SUFACIL:

ENDER.: RUA JUMA MARTINS PIRES 0

CIDADE: NOVA HENRIQUETA - PERNAMBUCO

-CE- CEP: 62270000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Paciente 23 anos, vítima de queda de moto há 3 dias, sem capacete, apresentando lesão em perna direita + edema, com dificuldade de deambular, consciente, orientado verbalizando.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, *Douglas Martins Melo*, () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, ____ de _____ de _____ às _____

Douglas Martins Melo
Assinatura do Paciente ou Responsável

 **Santa Casa de M. de Sobral**
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
PP. Dami
Maria Cleide da Silva
BBBENABORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO EGEDEMO MARTINS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/12/2019 às 17:48, sob o número 00300764020198060085. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0030076-40.2019.8.06.0085 e código 59DB34B.

TIPO DE TRAUMA

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

DATA DO MÉDICO: _____

paciente em fratura distal
do fêmur tipo Rose +
seguro

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. Thyson Oliveira da Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião Geral
 CREMEO 11817

Ass. Médico - CRM

TIPO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☐ INTERNADO ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

Hora: _____



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044396

Vítima: DOUGLAS MARTINS MELO

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA GEIZA MORAES SALES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DOUGLAS MARTINS MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0150501506 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14182611