

ARS

Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Paulo Rodrigo Custodio Pinto, brasileiro, solteiro, autônomo, sem endereço eletrônico, RG nº 2731676 MTPS-CE, CPF 047.930.003-80, com domicílio e residência na Rua Lucas Avelino, nº 895, Km 03, Bairro Planalto Ayrton, Fortaleza - CE, CEP 60.760-815.

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 11 de Outubro de 2018.

Paulo Rodrigo C. Pinto
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 18 de Outubro de 2018.

ASSINATURA

DO DECLARANTE

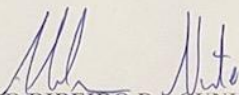


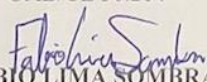
Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204


FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
	
Nome PAULO RODRIGO CUSTODIO FINTO	
Documento / Data de Nascimento 2731676 MTPB CE	CPF 047.830.003-80
Data de Emissão 19/05/1998	
Função ANTONIO GERALDO FINTO	
Nome do Titular JOSE CUSTODIO	
Sexo FEMINIZADO	Idade 20
Renovação 20/06/2015	Vencimento 20/06/2014
Identificação 06100132280	
Validade 06100132280	
Observações NENHUMA ATIV. RECUPERADA;	
Assinatura do Titular Paulo Rodrigo C. Finto	
Local PORTALVEA, CE	
Data de Emissão 20/06/2014	
Assinatura do Emissor [Assinatura]	
Identificação do Emissor 54840836000 08130423004	
DETRAN CE (CEARA)	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTI

03 SET. 2018

CS: _____

CAIXA

A vida pede mais que um banco






63915507

CTCE FORTALEZA CE PL 3 DATA DE POSTAGEM: 17/08/2018

PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO
RUA LUCAS AVELINO 895
KM.03 PLANALTO AYRTON
60760-815 FORTALEZA CE



72113070210634246911409465301.0618

EMPRESA DE SEG. LTD.

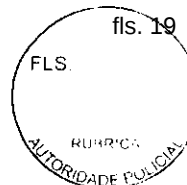
03 SET. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

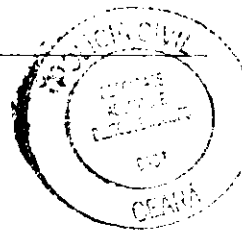
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3819 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/08/2018 16:02:42**Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2017 18:25:00**Endereço da Ocorrência: **RUA DIAS DA ROCHA**Complemento: **C/ AV. SANTOS DUMONT**Bairro: **ALDEOTA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **PAULO RODRIGUES CUSTODIO PINTO**Nascimento: **19/05/1995** CPF: **047.930.003-80**RG: **2006097051640**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **JOSE CUSTODIO****ANTONIO GERALDO PINTO**Endereço: **RUA LUCAS AVELINO , 895**Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.760-815**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99812-6816****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A RUA DIAS DA ROCHA QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9****DOCUMENTO ORIGINAL****RIA CORRETORA DE SEG. LTDA****03 SET. 2018**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322098/18

Vítima: PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO

CPF: 047.930.003-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2017

Titular do CPF: PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO : 047.930.003-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018
Nome: PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO
CPF: 047.930.003-80

PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018



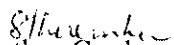
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Paulo Rodrigo Custódio Pinto**, no dia **09/06/2017**, às **20h25min**, na **Rua Professor Dias da Rocha c/ Avenida Santos Dumont**, no **Bairro Meireles**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P799042/2017**.

Fortaleza, 17 de agosto de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Paulo Rodrigo Custódio Pinto

CPF da Vítima

047.930.003-80

Data do Acidente

09/06/2017

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, CE 03 de Setembro

Local e Data

de 03/09/2018
SOLIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

ASS: _____

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRICTAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO

NASCIMENTO
19/05/1995(22 ANOS)
NOME COMPLETO
PAULO RODRIGO CUSTODIO PINTO
NOME
NOME

5068468

216994

M

PARDOS

NI

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

LENTE COM DOR EM MIE (DEFORMIDADE EM TIBULA E FIBULA) SAMU USE 82.

AValiação TRAUMATOLOGICA

1 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

NI

NI

PRELIMINAR
NUNCA
NUNCA
NEGA

ANA CARLA OSORIO REIS CAFFEIRO
AREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MEDICO

Trauma leve
c/ dor Aguda T.O.C

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTO

PARAFARMACO

e outro feito on
medicamento

TIPO DA LESÃO

DECISÃO MEDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERENCIA () INTERNAÇÃO OBTIDA () APÓS 48 HORAS () APÓS 144 HORAS
ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () IMIL () ANAT. PATOL

por ANA CARLA OSORIO REIS CAFFEIRO em 09/09/2018 às 15:27

crenças verdadeiras as informações aqui prestadas sobre as quais assumo todas as responsabilidades sob pena de responder civil e criminalmente.

Penal:

[Handwritten signatures and stamps]

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRANCE-5822 RGE-1911
GONCALVES FILHO

LIBIA CORRETORA DE

03 SET. 2018

21 08 17

FIP Alex martins

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 14:29, sob o número 01132674120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113267-41.2019.8.06.0001 e código 44AA68B.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>Paulo Roberto Antônio Pinheiro</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente c/ fratura do antebraço esquerdo</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Suficiência de pontos</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>17</i>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DE PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ABSTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>09/06/17</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

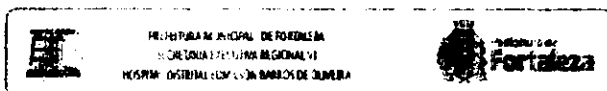
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNP DA SEGURADORA	35 - CNPJ DA EMPRESA	36 - CNPJ DA EMPRESA
37 - ACIDENTE DE TRABALHO	38 - CNPJ DA EMPRESA	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAFETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
45 - EMPREGADO	46 - EMPREGADOR	47 - AUTÔNOMO	48 - DESEMPREGADO
49 - APOSENTADO	50 - NÃO SE ENQUADRA		

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CID - CRIÇÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
49 - DATA DO DOCUMENTO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

IA CORRETORA DE
03 SET. 2018

29 09 17 P/P Alex ... Graf. HDEBO-SAME-AIH-005



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE

Pereira Rodrigo Cristiano

DATA OPERAÇÃO

13.06.17

ENFERMARIA

LEITO

1º AUXILIAR

Leonardo

3º AUXILIAR

2º AUXILIAR
Rômulo

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fratura pério

TIPO DE OPERAÇÃO

Trat. cirúrgico de fratura pério

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO

Menor

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLÓGICA

Não

EXAME RADIOLOGICO NO ATQ

Sim

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DE LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- 1) Anestesia
- 2) Preparo
- 3) Dorso de apoio
- 4) Sono manual
- 5) Dorso de fratura
- 6) Exatidão com o pério de 3,5 e 06 pontos
- 7) Controle com R2
- 8) Sutura
- 9) Sutura
- 10) Controle

Leonardo
ORTOPEDIA
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CRM 0116

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

Grat. HDEBO-SAME - Base 1000

SS:

21 09 17

PIT Alex Martin



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Paulo</i>	PRONÓTIÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>53</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>09/06/18</i>	DATA DA ALTA <i>15/06/18</i>	DATA DO RETORNO <i>03/07/18</i>	MEDICINA PARA RETORNO <i>Dr. Yalcine</i>	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

20 kg

Operad

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL *Fratura da*

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

N

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Alm + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

DATA: *10/06/18*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

ASS: *[Assinatura]*