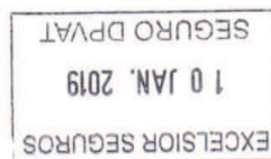


PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: RICARDO PAULO TORRES MARCELINO, brasileiro, servidor público, casado, inscrito no RG nº 6097342 SSP/PE, e inscrita no CPF nº 041.514.984-35 residente e domiciliado na Loteamento Jardim Bela Vista, Itambé-PE.

OUTORGADO: FLAWBER RAPHAEL DA SILVA FERREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 18.793, com escritório profissional à Rua 1º de maio, 42, centro, na cidade de Pedras de Fogo-PB, E-mail: Fradvocacia@outlook.com.

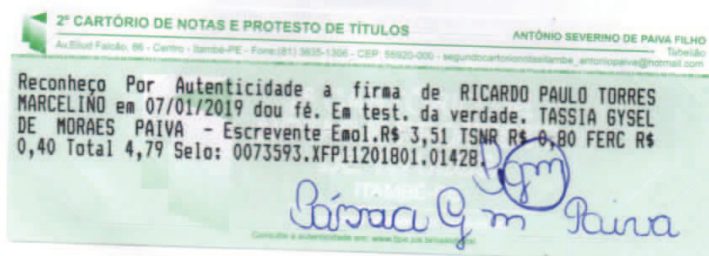
OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad juditia et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015. Representar junto a seguradora líder DPVAT, detendo todos os poderes explícitos nesta procuração.

Pedras de Fogo-PB, 07 de janeiro de 2019.

Ricardo Paulo Torres Marcelino
RICARDO PAULO TORRES MARCELINO



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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
760668875

NOME
RICARDO PAULO TORRES MARCELINO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6097342 SSP PE

CPF
041.514.984-35

DATA NASCIMENTO
01/06/1981

FILIAÇÃO
ITAIAS PAULO MARCELINO
MARTA DA PENHA TORRES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B.

Nº REGISTRO
04553564921

VALIDADE
28/08/2018

1ª HABILITAÇÃO
21/01/2009

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador
Ricardo Paulo Torres Marcelino

LOCAL
TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO
28/08/2013

Assinatura do Emissor
24488163584
PE055188397

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
760668875





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO ITAMBÉ - SP45-CIRC-DINTLRI-1º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1620139000013

Evento registrado nesta unidade policial no dia 05/01/2016 às 10:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FAIAL - Colisão (Causamorta) que aconteceu no dia 20/12/2015 às 02:00

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL - MUNICÍPIO DE ITAMBÉ - BAIRRO: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvido(s)

RICARDO PAULO MARCELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Data de Nascimento: 20/12/1985 - Nacionalidade: Brasileira - Estado Civil: Solteiro - Profissão: Motorista - Endereço: Rua José Antonio Rodrigues Chaves, 100 - Itambé/PE - CEP: 55.000-000 - Estado: Pernambuco

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO MOTOCICLETA - Marca: Honda - Modelo: CB 600F - Ano: 2005 - Cor: Preta - Placa: ABC-123 - Estado: Pernambuco

Local do evento: Rodovia PE - 75, Posto Píccol - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

Complemento / Observações

A VÍTIMA, RICARDO PAULO MARCELO, INFORMOU QUE TRANZITAVA PELA RODOVIA PE - 75, PRÓXIMA DO POSTO PÍCCOL DE ITAMBÉ, QUANDO, SEGUNDO A VÍTIMA, AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO PERREN O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA VIROU A CIMA NA VIA DE ROLOMENTO SENDO SOCORRIDO PELA GUARDA DO SEMOP PARA O HOSPITAL DE ITAMBÉ E EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE TERAPIAS NO RECIFE/PE.

Assinatura do(s) detentor(es) do(s) direito(s) desta unidade policial

RICARDO PAULO MARCELO
(VÍTIMA)

Ricardo Paulo Torres Marcelino



05/01/2016 10:15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012031427158
EXERCÍCIO: 2015

FELIPE DOS SANTOS ALVES

ITAMBE-PE

091.392.464-42 PLACA KJB0071

9C2JC4820DR085088

PAS /MOTONETA/ COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 E8 ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

2E/124CL CAP/POT/CIL 2013 COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA 2015 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ID (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

ITAMBE DATA 14/03/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012031427158 BILHETE DE SEGURO DPVAT
FELIPE DOS SANTOS ALVES

CASA ITAMBE-PE 55920-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 14/03/15

VIA 1 091.392.464-42 PLACA KJB0071

RENAVAM 559999970 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 E8

ANO FAB. 2013 CAT. IVEP 09 Nº CHASSI 9C2JC4820DR085088

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNNI (R\$) DENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ID (R\$) TOTAL BILHETE/VEICULO (R\$)

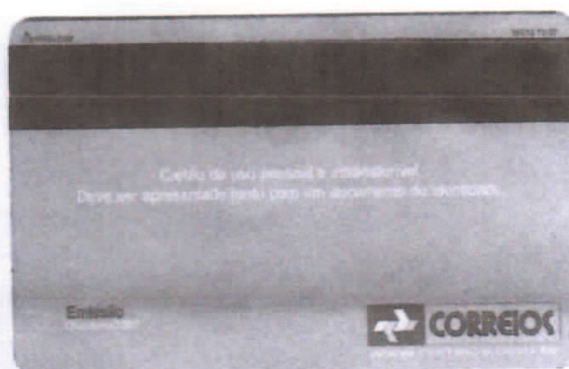
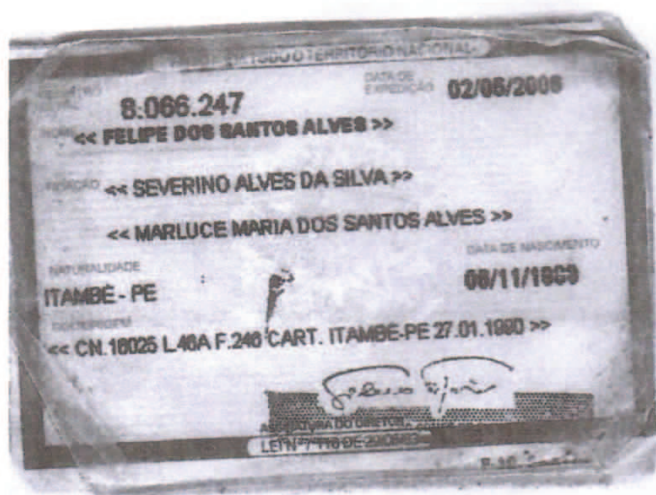
SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04
www.segurodoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RICARDO PAULO TONDES MARCELINO, portador da carteira de identidade nº 6094342 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.514.984-35, residente e domiciliado na LOTEAMENTO SARDIM BELA VISTA, Cidade ITAMBÉ, Estado PERNAMBUCO, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ricardo Paulo Tonds Marcelino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itambé-PE, 29/11/18

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Paulo Torres Marcelino,

RG nº 6094342, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº 041514984-35 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>Loteamento Bela Vista</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Hambé</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9335-2039</u>
E-mail	<u>FRANCOACIA@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: HAMBÉ-PE, 29/11/18

Assinatura do Declarante: Ricardo Paulo Torres Marcelino



Serviço de Atendimento Móvel de urgência



Secretaria Municipal de Saúde

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência 598733

1. Hora Chamado: 03:42	2. Chegada ao Local: 03:55	3. Saída local: 04:10	4. Saída da U. Hospitalar: 06:07
5. Motivo/Solicitação: vítima queda auto			6. Data: 20/12/2015
7. Tipo de Equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Moto ☐ 4. Helicóptero			
8. Médico Regulador: Dr. Nilton		9. Rádio Operador: gleice	
10. Paciente: Ricardo Mendes Gomes			11. Idade: 37
12. Data Nascimento: 29/06/87	13. Solicitante: José	14. Sexo: ☒ M ☐ F	
15. Nome da Mãe: M ^{te} da Rosa Gomes		17. Nº:	18. Bairro:
16. Endereço da Ocorrência: PE 75			
19. Município: Itambé	20. Referência: AO Antigo Posto Local		
21. Local da Ocorrência: ☒ VIA PUBLICA ☐ DOMICILIO		22. Tipo de Ocorrência: ☒ 1. Clínico ☐ 2. Pediátrico ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Traite ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Obstétrico ☐ 7. Canceladas Removido antes ☒ 8. Remoção Senha. Unidade Destino: HR	
23. Tipo de Vítima: ☒ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☐ 3. Passageiro		24. Tipo Locomoção da Vítima: ☒ 1. Moto ☐ 2. Automóvel ☐ 3. Bicicleta ☐ 4. A Pé ☐ 5. Outro	
25. Mecanismo do Trauma: ☐ 1. Injeção ☐ 2. Capotamento ☐ 3. Colisão Frontal ☐ 4. Colisão Lateral ☐ 5. Impacto Traseiro			
26. Natureza da lesão: ☐ 1. Colisão/abalroamento ☐ 2. Capotamento ☐ 3. Atropelamento ☐ 4. Choque com Objeto Fixo ☐ 5. Queda em/Do Veículo ☐ 6. Ingerido ☐ 7. Outro			
27. Uso capacete: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		28. Uso Cinto Segurança: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não	
29. Halito de álcool: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não		30. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas Ilícitas ☐ 3. L. Sogena ☐ 4. Animais Peçonhentos ☐ 5. Outros	
31. Queda: ☐ 1. Própria Altura ☐ 2. Outra. Altura/Aproximadamente: M		32. Agressão: ☐ 1. Agressão Física ☐ 2. Agressão Arma Branca ☐ 3. Agressão Arma Fogo ☐ 4. Suspeita Abuso Sexual ☐ 5. Outros	
33. Queimaduras: ☐ 1. Choque elétrico ☐ 2. Fogo ☐ 3. Fumaça ☐ 4. QBRN-e		34. Unidade Destino: H Rostan	
35. Médico que Recebeu: Dr. Clarissa		36. Equipe: Médico Assistente: Enfermeiro: Condutor/Piloto: Responsável Pelo Preenchimento: Ass.: Conselho:	
37. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica. Ass. DATA: / / RG: DATA: / /			
38. Múltiplas Vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não. Quantas vítimas:			
39. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DESTINO: Maca nº Prancha nº () Est. de cabeça () KED () Colar () Tirantes		40. Vias Aéreas: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não	
41. Respiração: ☒ 1. Eupnéia ☐ 2. Tarquínéia ☐ 3. Apnéia ☐ 4. Bradpnéia ☐ 5. Dispnéia ☐ 6. Deformidade Tórax			

42. Circulação/Pulso: ☒ 1. Presente ☐ 2. Fino ☐ 3. Ausente ☐ 4. Cheio		43. Perfusão periférica: ☒ 1 < 2 Segundos ☐ 1 > 2 Segundos		44. Saturação O₂: 98%	
44. Coloração da Pele: ☐ 1. Normocorado ☐ 2. Ictérico ☐ 3. Pálido ☐ 4. Cianose ☐ 5. Sudorese ☐ 6. Presença de Sangue ☐ 7. Outro			46. Escala de CINCINNATI ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio Comissura Labial ☐ 3. Dificuldade da Fala ☐ 4. Outro		
47. Neurológico ☐ 1. Normal ☒ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão			48. Pupilas ☐ 1. Isocória ☐ 2. Midriase ☐ 3. Miose ☐ 4. Anisocória		
49. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		50. Usa Medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		51. Alguma Patologia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	
52. S. _____ A. _____ M. _____ P. _____ L. _____ A. _____			53. Oxigêniooterapia: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não Qual? ☒ 1. cateter ☐ 2. Venturi _____ % ☐ 3. CPAP ☐ 4. Masc. c/ Reservatório ☐ 5. Ventilação Mecânica Adaptação ☐ Bem ☐ não ☐ 6. Outras Condutas		
ESCALA GLASGOW 54. Abertura Ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. A Voz (3) ☐ 3. A Dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		SCORE1: 55. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusas (4) ☐ 3. Palavras Inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras Incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		SCORE2: 56. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a Comando (6) ☐ 2. Localiza a Dor (5) ☐ 3. Movimento de Retirada (4) ☐ 4. Flexão Anormal (3) ☐ 5. Extensão Anormal (2) ☐ 6. Nenhuma	
58. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros		57. SSVV HORA: 04:45 PA: 140x100 FR: 80 FC: 104 HGT: 36.4°C		61. Porcentagem:	
69. História Clínica Atual, Evolução e Conduta: <i>Paciente vítima de queda de moto, abrigado em uma casa, sem consciência, sem resposta, apresenta rigidez, reflete para a movimentação de membros, nega sintoma com ferimento contuso em tórax superior na região frontal. Sinto um pouco de dor. Segue em observação na UVT. Com monitorização vital e fômites p. H.R.</i> OBSERVAÇÕES:					
60. Evolução conduta Obstétrica 1. IG _____ Semanas ☐ 2. Primípara ☐ 3. Multipara Quantos? _____ ☐ 4. Abortos Quantos? _____ ☐ 5. Contrações Intensidade das _____ 7. Hemorragia _____ ☐ 8. Proteinúria _____ ☐ 9. Perda Tampão Mucoso ☐ 10. Toxemia gravídica/Pré-eclâmpsia ☐ 11. Eclâmpsia ☐ 12. Síndrome de HELLP OBSERVAÇÕES:					



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 579309

Nome: Ricardo Paulo Torres Maciel

Foi atendido às 06:09 hs. do dia 20/12/15

Diagnóstico Provável: Paciente com história
de queda de moto caindo
com ferimento extenso em
face e intra oral e fratura
de O.P.N.

Alta BMF: 20/12/15

Tratamento Realizado: Sutura de ferimento
extenso em face + Omentais

Observação: Retornar ao 6º UBE no
dia 26/12/15 às 7h para
recuperação.

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086





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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180582502

Vítima: RICARDO PAULO TORRES MARCELINO

Data do Acidente: 20/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAWBER RAPHAEL DA SILVA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO PAULO TORRES MARCELINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13722806

Pag. 01037/01038 - carta_01 - INVALIDEZ

00020519



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180582502

Vítima: RICARDO PAULO TORRES MARCELINO

Data do Acidente: 20/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAWBER RAPHAEL DA SILVA FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICARDO PAULO TORRES MARCELINO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00985/00986 - carta_16 - INVALIDEZ

00020493



Carta nº 14562440

