

PROCURAÇÃO

fls. 7

Outorgante(s):

Nome: LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 98002526744 Órgão Emissor: SSPDS CE Data da Emissão: 22.08.18	
CPF: 943.851.653-00 Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: RUA RIO TOCANTINS, 664 ALTO	
Bairro: JARDIM IRACEMA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60340-110

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 clausula ad judicia 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, 02 de DEZEMBRO de 2019.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>98002526744</u>	Órgão Emissor: <u>SSPDS-CE</u>	Data da Emissão: <u>22.08.18</u>
CPF: <u>943.851.653-00</u>	Profissão: <u>AUTÔNOMO</u>	
Endereço: <u>RUA RIO TOCANTINS, 664 APTD</u>		
Bairro: <u>JARDIM IRACEMA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u>	CEP: <u>60340-110</u>

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.º 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 02 de DEZEMBRO de 2019.

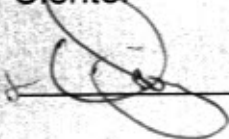


JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

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, 02 de DEZEMBRO de 2019.

Ciente:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

7.954

Polegar Direito

PROTÓTIPO PLASTIFICADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98002526744 DATA DE EMISSÃO 22/08/2018

NOME LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DA SILVA
TEREZINHA BARBOZA DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 06/03/1984

DOC. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 ZONA TERMO: 111271 FOLHA: 234

LIVRO: A-81 FORTALEZA - CE

CPF 943.851.653-00

2 VIA

Assinatura do Titular

DATA DE EMISSÃO: 07/01/2019
DATA DE VENCIMENTO: 16/01/2019



Clube de Saúde Adm de Benefícios Ltda
Cabe Postal 65131
CEP: 01318-970 | São Paulo | SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

Para uso do correio

☐ Recusado	☐ Não existe o nº indicado	☐ Mudou-se
☐ Desconhecido	☐ Endereço insuficiente	☐ Não procurado
☐ Data	☐ Faltado	☐ Ausente
☐ Inf. escrita por terceiros	☐ Faltado	☐ Não procurado
☐ Inf. escrita por terceiros	☐ Faltado	☐ Ausente
☐ Responsável pela informação	☐ Faltado	☐ Não procurado



Postagem: 07/01/2019
Vencimento: 16/01/2019



CTCE FORTALEZA CE PL2
LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA
RUA RIO TOCANTINS, 664 ALTO
JARDIM IRACEMA - FORTALEZA - CE
60340-110



CANAIS DE ATENDIMENTO

Serviços no site

Área do Cliente

clubedesauadeonline.com.br

Atendimento digital

[f /clubedesauade](https://clubedesauade)

Atendimento por telefone

4003-9881 (Central de Serviços)

0800 887 8777 (SAC)



Clube de Saúde Adm de Benefícios Ltda
ANS nº 41.929-0

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: LUIZ CARLOS BARBOSA DA SILVA		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 98002526744	Órgão Emissor: SSPDS-CE	Data da Emissão: 22.08.18
CPF: 943.851.653-00	Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: RUA RIO TOCANTINS, 664 Apto		
Bairro: JARDIM IRACEMA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.340-110

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, 02 de DEZEMBRO 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 2019182267****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 889 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/03/2019 16:46:29**
Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2018 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ENGENHEIRO ALBERTO SÁ**
Complemento:
Bairro: **PAPICU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA**
Nascimento: **06/03/1984** CPF: **943.851.653-00**
RG: **98002526744** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **TEREZINHA BARBOZA DA SILVA**
LUIZ GONZAGA DA SILVA
Endereço: **RUA DOUTOR JOSE LINO, 635**
Bairro: **VARJOTA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99644-7060**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMS0351** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810GR431864 Renavam: **1078585900** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMS-0351 NA AV. ENGENHEIRO ALBERTO SÁ QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. 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) :****DIANA MARCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6**



DECLARAÇÃO

2º via



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Carlos Barboza da Silva** - C.P.F. **943.851.653-00**, no dia **06/10/2018**, às **11h15min**, (digo **01h15min**) na **Avenida Engenheiro Alberto Sá**, no **Bairro Papicu**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P435901/2018**.

Fortaleza, 16 de novembro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-435901/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 080 01	PONTO DE APOIO: REG 2	Nº DA OCORRÊNCIA: 0033
DATA: 06/10/18	TURNO: SN	EQUIPE: KAZU/RENDA/GILBERTO
NOME: WIS CARLOS BARBOSA DA SILVA	IDADE:	SEXO:
ENDEREÇO: AV. ENG. ALBERTO SOUZA, 410		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: P381CV	
QTY: 1:02	QUS: 1:15	QUY:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: MOTO X ÔNIBUS		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A Via Aérea	☒ PÉRVIAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
-----------------------	---	-------------------------------------	------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO				
☐ AGÔNICA / AUSENTE				

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CHEIO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
LOCAL:		☐ SUDOREICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
À VOZ ☒ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: 13	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
		NENHUMA ☐ 1
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
☐ ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 90	PA: PPP	FR: 16	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
--------	---------	--------	--------	--------	--------

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente alcoólatra, não consciente, e/ou em coma. Adm. de Parâmetros, 1200' admitido. Removido e/ou ETE e/ou UBS.

ASS. / CRM: 12044

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PCT vítima de colisão moto x ônião, consciente, orientado, anamnese, trauma hemodinâmico leve, escoriações na cabeça e pernas e. p. removidos do IJE para UBS 87. PCT ALCOOLIZADO.

ASS. / COREN: 22635

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ETE

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 06/10/2018 02:12:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 703203633455199	NOME: LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA			Registro: 5583735	
CPF: 94385165300	RG:	D. NASC: 06/03/1984	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: TEREZINHA BARBOZA DA SILVA			NOME DO PAI: LUIZ GONZAGA DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DOR JOSE LINO		Nº: 635	BAIRRO: VARJOTA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60165270	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: O MESMO		PARENTESCO:		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, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: Pte vítima de acidente de moto x ônibus, TCE, hematoma periorbital D, edema na face D e edema na mão					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE		
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:			



ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA**, ESTA EM TRATAMENTO MEDICO COM SEQUELA DE FRATURA DA BORDA INFERIOR DA ESCAPULA EM OMBRO DIREITO COM PERSISTENCIA DA DOR E LIMITAÇÃO DE ADM, DEVERÁ AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 06 (SEIS) MESES POR MOTIVO DE SAUDE.

CID: S42.1

FORTALEZA, 04/01/19


Dr. José Gilvan J. S. Neto
Cirurgião do Ombro, Cotovelo e
CREMEC 13841/20151822

DR JOSÉ GILVAN
CREMEC 13841

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIO X - HAPC SAO GERARDO
NºPedido: 28451068

Data 14/12/2018
Pag 1 de 2

Paciente...: 6657874 LUIZ CARLOS BARBOSA DA SILVA

Nascimento.: 06/03/1984 Sexo: M RG.: 980025674 SSP CE CPF.: 94385165300

Endereço...: R DOUTOR JOSE LIMA 635 VARJOTA FORTALEZA CE 60165270 Tel.: 88583777

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 81200023478009015

Solicitante: Dr(a) MARCELO CARLOS MORE

Queixa Principal:

DOR OMBRO DIR CLAVICULA ESQ

Exame:

RX CLAVICULA ESQUERDA

!Z\q1

5557781411

RELATÓRIO:

Presença de fratura em terço médio da clavícula esquerda, com sobreposição da extremidades ósseas.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº. 484

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Moz Carlos Barbosa do Siqueira

vítima de acidente de trânsito, em 05/10/2018, sofreu:

Fratura do escápulo direita
Fratura de clavícula tx
CID- S 42.1 S 42.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Tratamento clínico conservador com
dos analgésicos. Imobilização comencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dois e dez por cento no
membro superior direito
Unidade o cinco on trinta
do cinco, sendo quarenta e
cinco por cento do membro
superior de movimento
comprometido funcional.
Dois e dez por cento na
região clavicular, sendo a
unidade o cinco on trinta
do cinco, sendo quarenta e

10/07/19

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

CREMEC 4411
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6477

SINIS - RO 3190429446 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS BARBOZA DA SILVA

CPF/CNPJ: 94385165300

Posição em: 10-08-2019 21:32:49

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

valores e correção: R\$00.000,00

valor total: R\$00.000,00

Data do pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10-08-2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75