



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Osivan Noberto Noronha, brasileiro, casado,
português, RG: 3312746-98, CPF: 879.250.013-72, residente em
Rua jornalista Jacob Lopes Ferreira Filho nº 3571, Cusca
Ce. CEP. 62.850-000 Bairro: Rio Novo.

OUTORGADO: JOÃO GUIMARÃES DA SILVA, brasileiro, advogado,
casado, inscrito na OAB/CE sob nº 32963, e-mail:
guimarães_silva1@hotmail.com, e MÁRCIO FERREIRA DE CARVALHO,
estagiário, portador de RG 2015098910-0, e CPF 46096868304, com
endereço laboral a Júlio Braga 1153A - João XXIII, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et*
extra, para o foro em geral, especialmente para AÇÃO DE DPVAT, podendo,
portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer
instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar
ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho
deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima
descrito, os poderes 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, pedir a justiça gratuita e assinar
declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art.
105 do CPC.

Fortaleza (CE), 10 de Abril de 2019

✕

Osivan Noberto Noronha



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: *Osivan Nascimento Morano*

CPF: *879.250.018-72*

RG/CNH: *3312746-98*

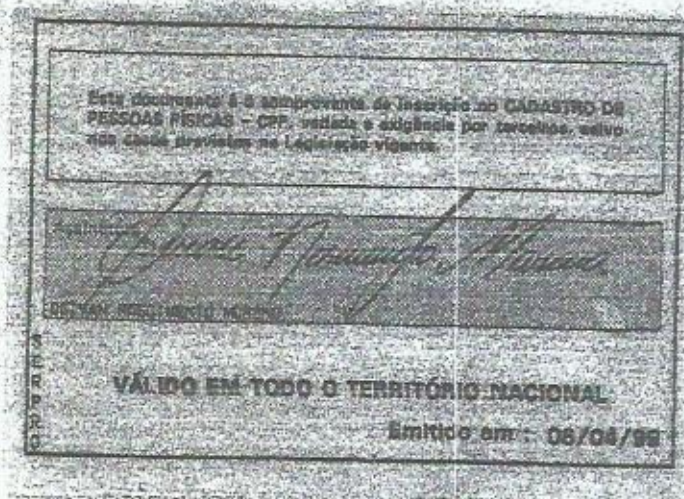
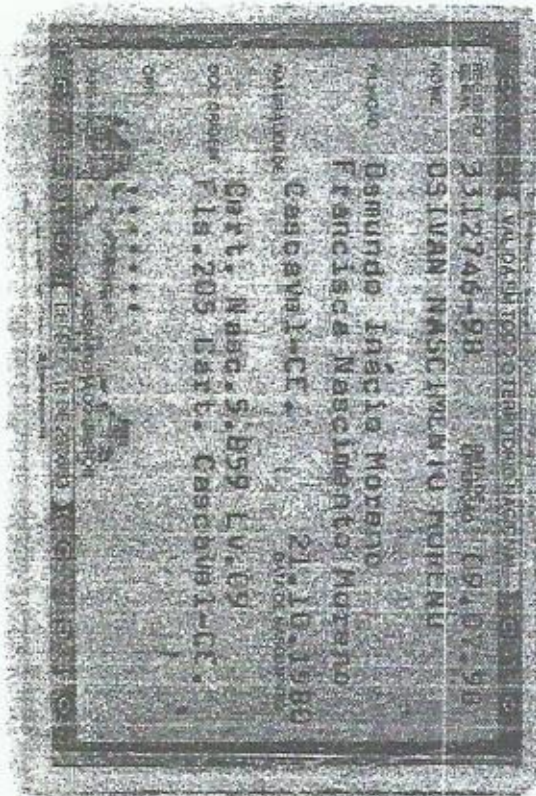
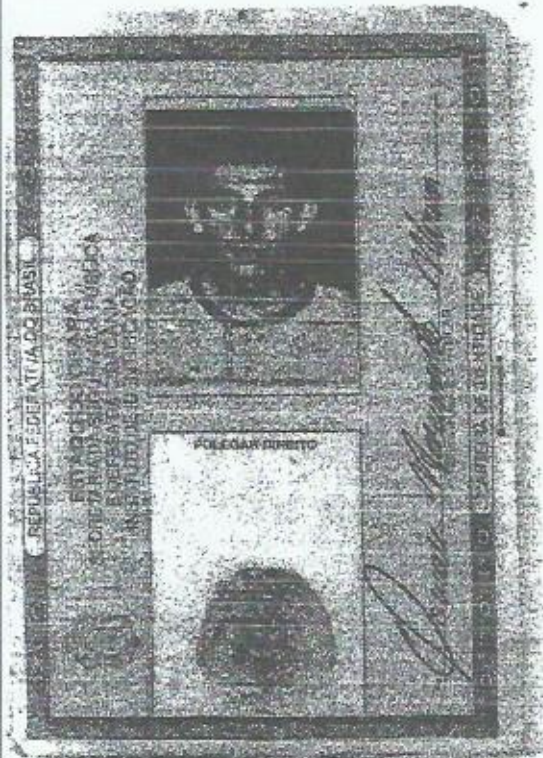
ESTADO CIVIL: *casado*

PROFISSÃO: *Ponteiro*

Declaro de acordo com o Art. 1º da lei 7115/85, não ter condições financeira de arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da GRATUIDADE DE JUSTIÇA, por força do Art. 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em PROCURAÇÃO.

Fortaleza/CE, 10 de Abril de 2019.

Osivan Nascimento Morano
Assinatura





JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osivan Nascimento Moreno,
portador(a) da Identidade nº 3312746 - 98, e
inscrita no CPF sob o nº 879.250.03 - 72, declaro
para o devidos fins que resido no endereço,
Rua/AV Rua. João Lopes Ferreira Filho nº 3571
Complemento, _____, Bairro, PR NOVO
Cidade, Pacoval / CE CEP, 62.850.000.
Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

FORTALEZA/CE, 10 de, Abril, de 2019.

+ Osivan Nascimento Moreno
Assinatura



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o(a) Sr.(a) Osivan Nascimento Moreno
DECLARA para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre o fato juridicamente relevante, exonerando o DR. JOÃO GUIMARÃES DA SILVA, OAB/CE sob o Nº 32.963, bem como o MÁRCIO FERREIRA DE CARVALHO, estagiário, portador de RG nº 20150989100 e CPF nº 460.968.683-04 de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Fortaleza/CE 10 de Abril de, 20 19

+ Osivan Nascimento Moreno
DECLARANTE



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



Impresso nº 20196693

BOLETIM DE Ocorrência N° 439 - 20 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2019 13:59:41**
Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2018 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR CE 040**
Complemento:
Bairro: Município: **CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BRISA DO LADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **OSIVAN NASCIMENTO MORENO**
Nascimento: **21/10/1980** CPF: **879.250.013-72**
RG: **331274698** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA NASCIMENTO MORENO**
OSMUNDO INACIO MORENO
Endereço: **RUA JOR JOÃO LOPES FERREIRA FILHO, 3571**
Bairro: **RIO NOVO**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98795-2012**

Histórico

Ciente dos crimes cominados nos artigos 340 a 342 do código penal brasileiro, Narra o noticiante; Que no dia 07/06/2018 estava pilotando uma motocicleta modelo HONDA/ CG 150FAN, placa OSF2074/CE, registrada no nome de ELISVANDO DE PAIVA LIMA, na antiga CE040, próximo ao BRISA DO LADO, quando veio a colidir com um TRATOR, modelo pá mecânica, que vinha na sua frente; Que ao colidir veio ao solo, ocasionando lesões no corpo, fratura no colo do fêmur, e em outras regiões de seu corpo; Que foi socorrido pelo SAMU, e recebendo os primeiros socorros, sendo removido para o hospital local e em seguida para o IJF; QUE estão em anexo as cópias: CNH DO CONDUTOR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, GUIA HOSPITALAR, DECLARAÇÃO DO SAMU, CRLV DO VEICULO; Que compareceu nessa DP para registrar o fato; Que seu intuito é requerer o seguro DPVAT; E nada mais disse; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

VERA LÚCIA OLIVEIRA DE CARVALHO - MAT.: 108703-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edisvando de Paiva Lima
 RG nº 2003015093407 data de expedição 17/09/2003
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 017.855.223-29, com
 domicílio na cidade de Cascavel, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Inoverosa Teama Dora, Jardim Primavera, nº 261,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Osivan Nascimento Moreira cujo o condutor era
(o mesmo) Osivan Nascimento Moreira.

Veículo: Moto
 Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI
 Ano: 2013 / 2013
 Placa: 03F 2074
 Chassi: 9C2KC16700R507609
 Data do Acidente: 07/06/2018
 Local e Data: 17/09/2018

Edisvando de Paiva Lima
 Assinatura do Declarante

Osivan Nascimento Moreira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 26/07/2018 17:49:41

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

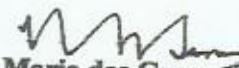
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 07/08/2018 21:31:52	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700507987340960	NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO			Registro: 5586198	
CPF: 87925001372	RG: 331274698	D. NASC: 21/10/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA DO NASCIMENTO MORENO			NOME DO PAI: OSMUNDO INACIO MORENO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JORNALISTA JOAO LOPES FERREIRA FILHO		Nº: 3571	BAIRRO: ALTO LUMINOSO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988165855	MUNICÍPIO: CASCABEL	UF: CE	CEP: 62850000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA GRACILDA OLIVEIRA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 988165855	
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, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG15-TRAZIDO PELO SAMU					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico: 26 07 18 10.888-1					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar do **Sr. OSIVAN NASCIMENTO MORENO**, portador da identidade n.º 3312746-98, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 879.250.013-72, no dia 07/06/2018, às 19h04, município de Cascavel-CE, na Rodovia CE 040, próximo a entrada do Brisa do Lago, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e trator, sendo removido para o **Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de novembro de 2018.

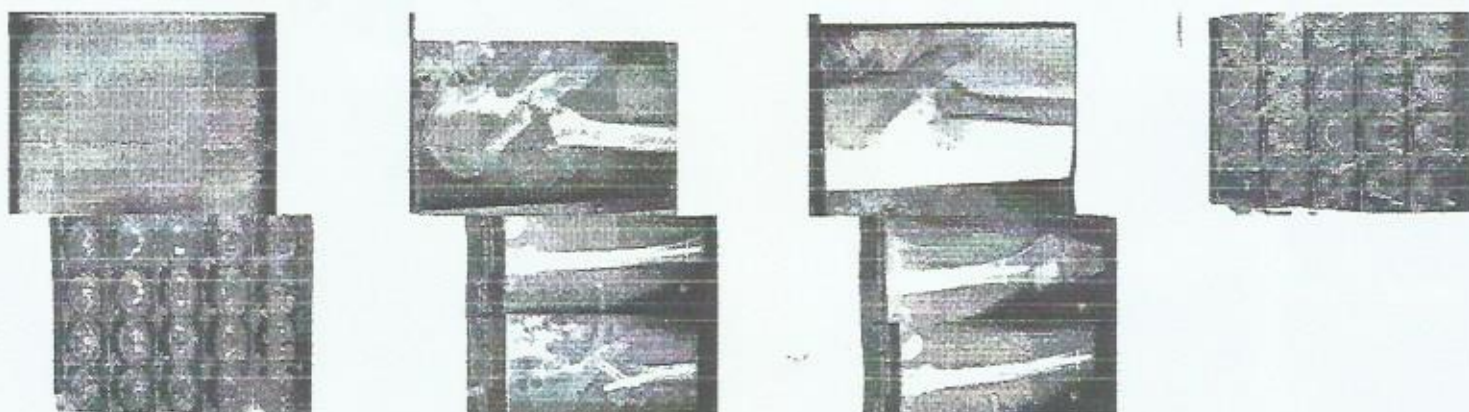

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Imprimir

Resumo de alta


INSTITUTO DR. JOSÉ F.
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 LEITO:
 DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018
 DATA DA ALTA: 10/07/2018
 BE/PRONT: 5566198
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
 IDADE: 37
 DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)
 CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/06 DR ROBSON: OSTEOSINTESE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULARRN07/07 EM VISITA DISCUTIDO COM DR MARCOS GIRAQ QUE ORIENTOU ALTA DA TO COM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DO DR ROBSON
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
 STAFF DO LEITO: 97
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 25/06/2018 - Segunda-Feira									
	33	10	13:30	1319	ROBSON ALVES		CAIXA DE DCS + PFN LONGOCX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAG + FIO DE CERCLAGEM + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACONCX PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM	MESA RADIOTRANSARENTE + INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE:5566198	MARCADA

10/07/18

FRATURA DO COLO DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

retorno em 15 dias
para ambulatorio de Robson

Dr. Rodrigo Otávio Duarte
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16533

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em nome do Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
LEITO:
DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018
DATA DA ALTA: 10/07/2018
BE/PRONT: 5586198
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 37
DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)
CONDLTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/08 DR ROBSON: OSTEOSINTESE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULARPRN07/07 EM VISITA DISCUTIDO COM DR MARCOS GIRAO QUE ORIENTOU ALTA DA TO COM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DO DR ROBSON
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: 97
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Rodrigo Olavio Duarte
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16533

Ass:

Retornar dia: / / Hora: para Dr.

Data: 10/07/18

Dispensa do trabalho por: 90 dias



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

ATESTADO MÉDICO

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF DEVIDO FRATURA DE TERCO PROXIMAL DE FEMUR DIREITO FIXADO COM HASTE INTRAMEDULAR E ACETABULO DIREITO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

PACIENTE, ATUALMENTE, EVOLUI COM MELHORA CLINICA, DOR RESIDUAL E DEAMBULANDO COM AUXILIO DE UMA MULETA CANADENSE.

AO SETOR DE PERÍCIAS.

CID: S72/S324

FORTALEZA, 05 DE OUTUBRO DE 2018

Telma Silva
Médica
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.000

Assinatura e carimbo do Médico

SINISTRO 3190028100 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA OSIVAN NASCIMENTO MORENO****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE**INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** OSIVAN NASCIMENTO MORENO**CPF/CNPJ:** 87925001372**Posição em** 17-06-2019 09:51:56

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do pagamento	Valor da indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50