



ACTUS
Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Gilberto Batista da Silva, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG nº 95028179520 SSP/CE e do CPF nº 931.158.303-00, residente e domiciliado na Rua João Lourenço de Oliveira, nº 42, São Miguel, Juazeiro do Norte/CE

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 10 de novembro de 2016.

x

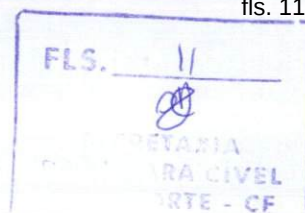
Gilberto Batista da Silva

Juzes

Rua Zuca Sampaio, 649, Santo Antônio, Barbalha - CE, CEP 63180-000
Tel.: (88) 3532-2203



ACTUS
Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Gilberto Batista da Silva, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG nº 99029179520 SSP/CE e do CPF nº 931.158.303-06, residente e domiciliado na Rua João Correia de Oliveira, nº 42, São Miguel, Juazeiro do Norte/CE

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

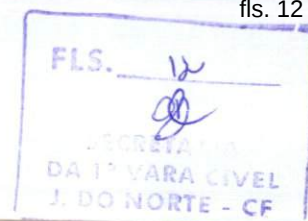
Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 10 de novembro de 2016

x

Gilberto Batista da Silva

<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>



SINISTRO 3160555166 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILBERTO BATISTA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO GILBERTO BATISTA DA SILVA

CPF/CNPJ: 93115830300

Posição em 04-11-2016 09:14:09

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
07/11/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

FLS. 13

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CEGOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 13195 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 25/08/2016 11:50:44
 Data / Hora da Ocorrência: 03/07/2016 12:30:00
 Endereço da Ocorrência: AV PE CÍCERO
 Complemento:
 Bairro: TRIANGULO Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
 Ponto de Referência: SINGER

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GILBERTO BATISTA DA SILVA
 Nascimento: 23/06/1982 CPF: 931.158.303-00
 RG: 99029179520 Orgão Emissor: SSP UF: CE
 Filiação: MARIA DA CONCEIÇÃO
 JOSE BATISTA DA SILVA
 Endereço: RUA JOÃO CORREIA DE OLIVEIRA, 42
 Bairro: SÃO MIGUEL CEP:
 Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
 País: BRASIL
 Telefone: (88) 99642-6081

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMM4606 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:
 9CZKD0800FR03D212 Renavam: 1046193990 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca
 / Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESD Ano Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015
 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: MARINETE BATISTA DA
 SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho e
 denúncia caluniosa, relata a Noticiante QUE conduzia a Motocicleta,
 acima identificada, de modo que colidiu num automóvel de placa não
 anotada que realizara uma manobra de conversão de forma imprudente,
 vindo a cair e sofrer trauma na clavícula esquerda, ocasionando a
 fratura. Foi socorrido pelo SAMU para a UPA 24h, E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

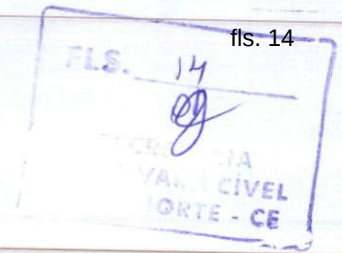
VISTO DO DELEGADO(A):

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

Impresso em: 25/08/2016 11:55:43



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilberto Batista da Silva, portador da carteira de identidade nº CNH. 03675473992 e inscrito no CPF/MF sob o nº 931.158.303.00, residente e domiciliado na R. João Correia de Oliveira, 42, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, 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.

x Gilberto Batista da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - CE 26/08/16

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marinete Batista da Silva,
RG nº 95029082605 data de expedição 12/03/98,
Órgão SSP, portador do CPF nº 010.025.223-07, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Carneiro da Oliveira, nº 42
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 Gilberto Batista da Silva, cujo o condutor era
Gilberto Batista da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: BIRO SED 160 NXR
Ano: 2015
Placa: PMM 4606
Chassi: 9CZK D0800FR030212
Data do Acidente: 03/07/2016
Local e Data: AV Padre Cícero 03/07/2016

x Marinete Batista da Silva
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





UPA 24h Juazeiro do Norte
RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
JUAZEIRO DO NORTE

CNPJ: 19.622.70/0001-46
Telefone: () -

Data: 07/2016
Hora: 12h

Relatório Médico

Paciente

Nome: 37384 GILBERTO BATISTA DA SILVA
Segurado: GILBERTO BATISTA DA SILVA

Nasc: 23/06/1982

Nº: 34

Queixas do Paciente

paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU apresentando dor importante em ombro E dificultando movimentação

Exame Físico

abaulamento em articulação de ombro E

Conclusão Diagnóstica

Luxação ombro E ?

CID-10 T740

Tratamento

encaminhado ao HTJ
Voltarem 01 amp IM

Alta

HYANNE ABREU
CRM: 16386 / CE

FLS. 17

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CF

03



PREFEITURA MUNICIPAL DE J. DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL TASSO RIBEIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Cartão SUS: _____ Data: 04/07/16 Hora: _____ Sexo: M
Nome: Gilberto Batista Silva Data Nas: 23/06/18
Endereço: Rua Carneiro da Silva 42 Bairro: S. Miguel
Município: JN Cod. Município: _____

ANAMNESE:

Queixa principal: Dor no ombro
HDA: Trauma no ombro
Diagnóstico Principal: Fratura no ombro
Tratamento Realizado: Anestesia, Rx

Materiais e Medicamentos Utilizados

Xilocalina 2%	Quantidade: _____
Soro fisiológico m	Quantidade: _____
Soro Glicosado ml	Quantidade: _____
Pares de Luvas	Quantidade: _____
Analgésicos	Quantidade: _____
Lâmina de Distúri	Quantidade: _____
Atadura de Gaze em	Quantidade: _____
Atadura de Crepom. em	Quantidade: _____
Atadura de Gesso em	Quantidade: _____
Algodão Ortopédico	Quantidade: _____
Mononylon	Quantidade: _____
Mononylon	Quantidade: _____
Sutupak	Quantidade: _____
Catgut Simplex	Quantidade: _____
Catgut Simplex	Quantidade: _____
Serita Simplex	Quantidade: _____
Serita Cromado	Quantidade: _____
OUTROS MATERIAIS	Quantidade: _____
Francisco Perônio Sampaio	Quantidade: _____
Trauma-Ortopedia	Quantidade: _____
CNPJ 04.331.833-40	Quantidade: _____

Francisco Perônio Sampaio

FLS. 18
 SECRETARIA
 DA 1ª VARA CÍVEL
 DO NORTE - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

SILBERTO BATISTA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUTROS DOB. IN. 99029179520 SSP CE

CIT 931.158.303-00 DATA NASCIMENTO 23/06/1982

PRACAO
 JOSE BATISTA DA SILVA
 MARIA DA CONCEICAO

PRACAO ACC CATEG. 1,2

DT. EXPIRACAO 08/12/2020 VALOR 20/08/2005

SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 10/07/2015

10051453832
 CE148427316

1084987301



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **931.158.303-00**

Nome da Pessoa Física: **GILBERTO BATISTA DA SILVA**

Data de Nascimento: **23/06/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/07/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:48:36** do dia **26/08/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E06F.B560.F8CF.4D0E**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

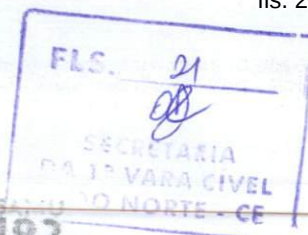
ANIA
A CIVEL
CE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



192
CEARÁ

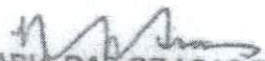


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **GILBERTO BATISTA DA SILVA**, portador do RG Nº 99029179520 e inscrito no CPF sob o Nº 931.158.303-00, no dia 03/07/2016 às 12h42min, no município de **JUAZEIRO DO NORTE - CE**, na Av. Padre Cícero. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

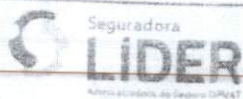
Eusébio, 12 de agosto de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gilberto Batista da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº CNH.03675473992 EXPEDIDO POR Detran-Ce EM 10/07/15 E
CPF 931158303-00 /CNPJ PROFISSÃO Procurador
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO, REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilberto Batista da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38615-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte - CE 26 de agosto de 2016 x Gilberto Batista da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise de indenização, o beneficiário deve apresentar os seguintes documentos:

FLS. 23
 SECRETARIA
 DA 1ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

CAIXA

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: FABIANO DE MOURA RIBEIRO

Conta origem: 0032 / 001 / 00005811-7

Conta destino: DV-9
 0032 / 013 / 00038615-0

Nome destinatário: GILBERTO BATISTA DA SILVA

Valor:

Data de débito: 06/09/2016

Data/hora da operação: 06/09/2016 14:30:43

Código da operação: 00497078

Chave de segurança: F25LYPG924MXQ8Y2

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

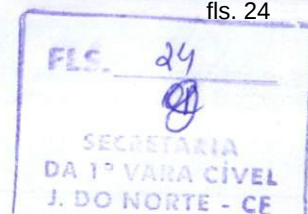
DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilberto Batista da SilvaRG nº CNH.03675473992, data de expedição 10/07/15 Órgão Detran-CeCPF nº 931.158.303-00, 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>R. João Correia de Oliveira</u>
Número	<u>42</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São Miguel</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63010-498</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3542-0398 / (88) 99779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 26/08/16Assinatura do Declarante: x Gilberto Batista da Silva

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 03/07/2018 às 23:28. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0068090-17.2016.8.06.0112 e código 390F3E4.