

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Waleria Oliveira Batista</u>		Data Nasc: <u>14-10-95</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>estudante</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2008485982</u>	CPF: <u>071.645.873-02</u>	Telefone: <u>3972-8095</u>
Endereço: <u>R. Francisca Pereira Lopes, 925 Pedrinhas.</u>		CEP: <u></u>
Cidade: <u>Juazeiro do Norte - ce</u>		

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 24 de Fevereiro de 20 15

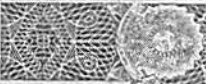
Waleria Oliveira Batista

OUTORGANTE

Pará

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl. 42
CEP: 60.822-488 Cidade dos Funcionários
fabio.mam@hotmail.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

PROIBIDO PLASTIFICAR		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
951083578		951083578	
			
NOME: VALERIA OLIVEIRA BATISTA		NOME: VALERIA OLIVEIRA BATISTA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 2008485982		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 2008485982	
CH: 071.645.873-02		CH: 071.645.873-02	
DATA NASCIMENTO: 14/10/1995		DATA NASCIMENTO: 14/10/1995	
FILHO: GERALDO BATISTA LEITE		FILHO: GERALDO BATISTA LEITE	
CÍGERA OLIVEIRA BATISTA		CÍGERA OLIVEIRA BATISTA	
PERMISSÃO: ACB		PERMISSÃO: ACB	
VALIDAR: 06/06/2015		VALIDAR: 06/06/2015	
SEM OBSERVAÇÃO:		SEM OBSERVAÇÃO:	
LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE		LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE	
DATA EMISSÃO: 10/06/2014		DATA EMISSÃO: 10/06/2014	
ASSINATURA DO EMISSOR: 		ASSINATURA DO EMISSOR: 	
388965907618		388965907618	
CE140020403		CE140020403	

WALERIA OLIVEIRA BATISTA
RUA FRANCISCA PEREIRA LOPES 925
PEDRINHAS JUAZEIRO DO NORTE CE
63018-030



7211050330075610000001414930150115

Data de Postagem: 15/01/2015
Data do Vencimento: 25/01/2015
DIG/089021



MIDWAY
FINANCEIRA

RIACHUELO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Waleria Oliveira Batista,RG nº 2008485982, data de expedição 10/06/14, Órgão SSP/CE,CPF nº 071.645.873-02, 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. Francisca Pereira Lopes</u>
Número	<u>925</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pedrinhas.</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará.</u>
CEP	<u>63018-030</u>
Telefone de contato	<u>8814-8791.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro Norte 24.02.15.Assinatura do Declarante: Waleria Oliveira Batista



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

fls. 11

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL - JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 2810 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 19/02/2015 13:29:32
Data / Hora da Ocorrência : 14/02/2015 21:00:00
Endereço da Ocorrência: AV VIRGILIO TAVORA

AEROPORTO JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: WALERIA OLIVEIRA BATISTA
Nascimento : 14/10/1995
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF: 07164587302
Filiação: GERALDO BATISTA LEITE
CICERA OLIVEIRA BATISTA
Endereço: R FRANCISCA PEREIRA LOPES 925
AEROPORTO
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: 8814 879071

Histórico

Comunica que quando trafegava na Motocicleta Honda Biz 125 ES, Ano de Fabricação 2008/2008, de Cor Cinza, de Placa HYU-8772, Chassi nº 9C2JA04208BR064879, Renavam nº 00954858980, um veículo cujos dados não foi possível coletar, ao trafegar pela contra-mão de direção, colidiu com sua Moto, causando-lhe lesões no braço esquerdo; QUE foi socorrida por seu irmão WAGNER OLIVEIRA BATISTA e levada para o Hospital regional do cariri, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Waleria Oliveira Batista

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	3150/284149	Garantia:	02 - Ipa /Invalidez		
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta				
Data Sinistro:	14/02/2015	Data Recepção:	02/03/2015	Data Rateio:	12/06/2015
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Bessa Assessoria		
Preparador:	Atendimento (Apoio)				
Analista:	Atendimento (Apoio)				
Situação:	Pago				
Filial:	MBM Serviços de Seguros	Protocolo:	0		

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	30/03/2015	Nº Carta	544
Data de Envio	21/05/2015	Nº Carta	1062

VÍTIMAS

Vítima	Waleria Oliveira Batista	Estado
Endereço:	Rua Francisco Pereira Lopes,925 - Pedrinhas - Juazeiro do Norte-CE -	
Cep:	63.018-030	
Telefone		

DOCUMENTOS

Descrição	declaracao do proprietario		
Data da Solicitação	03/03/2015	Data Recepção	30/03/2015
Descrição	BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR DESCREVENDO O TRAUMA COM O PARECER DO ORTOPEDISTA E O TRATAMENTO REALIZADO		
Data da Solicitação	09/04/2015	Data Recepção	21/05/2015

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	o mesmo				
CPF/CNPJ	07164587302				
Data Rateio	00/00/0000		Data Pagamento	00/00/0000	
Agência	3587		Conta Corrente	12558-2	
Banco	Caixa Econômica		Tipo Conta	Poupança	
Valor Indenização	4.725,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	10/06/2015
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 2	00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 3	00/00/0000
Valor Pleiteado	13.500,00				
Diferença	8.775,00				

CORRETORA

Código	1
Nome	Bessa Assessoria
Responsável	adriano bessa
Endereço	Avenida Castelo Branco 3902
Telefone	(88) 3572-8095

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valeria Oliveira Batista, portador da carteira de identidade nº 2008485982, e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.645.873 - 02, residente e domiciliado na Francisca Pereira Lopes, 925 Padrinhos Cidade Juazeiro 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.

Valeria Oliveira Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte 24-02-15.

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: WALERIA OLIVEIRA BATISTA Prontuário: 69136 Admissão: 14/02/2015
Data Nasc.: 14/10/1995 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 5 dia(s) Telefone: 88 88241504
Mãe: CICERA OLIVEIRA BATISTA
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: AEROPORTO
Endereço: RUA FRANCISCA PEREIRA LOPES 925

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário: 22:24
Queixa: acidente de moto. relata dor em mão esq
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: RODRIGO SCHROLL ASTOLFI CRM: 14449 Nº 236999 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: fratura exposta da mão
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
BATEU A MÃO NO RETROVISOR DO CARRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/02/2015 22:24:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada *	AMARELO	VERA SANDRA CALIXTO ALVES

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/02/201 23:01	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: CRM:

Prescrição	Horário:
------------	----------