

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Nome: João Duarte de Oliveira
 CPF: 260.432.703-15 RG: 96003028377
 Estado Civil: Casado Profissão: Armador
 Endereço: Rua das Pedrinhas nº 664
 Bloco: - Aptº - Bairro Parque Genibau Cidade Fortaleza - Ce.
 CEP: 60.534-030

OUTORGADOS: Dr. FRANCISCO RAIMUNDO MALTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, advogado, com escritório na Rua Amazonas, 1712, 3º andar, Pan Americano, Fortaleza - Ce, CEP 60.442-070, inscrito na OAB-Ce nº. 11.817 e CPF 191.389.203-44, Dr. JOSÉ LEONARDO DE LIMA FERREIRA, OAB - CE 9.088, com escritório na Av. Francisco Sá, 3572, sala 403, Jacarecanga, Fortaleza - Ce, CEP 60.310-001, inscrito no CPF 135.721.133-34 e IAN TORRES PONTES, brasileiro, solteiro, estagiário de direito, com endereço profissional na Rua Amazonas, 1712, Pan Americano, Fortaleza - Ce.

PODERES: pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor, as ações competentes, e, defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para requerer os benefícios da justiça gratuita, bem como para confessar, desistir, transigir, renunciar, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive alvará, dar ciência e anuência, endossar, receber citação, notificação e intimações, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda representa-lo junto aos órgãos públicos Federais, Estaduais e Municipais, especialmente Receita Federal, Previdência Social e Seguro DPVAT, bem como instituições financeiras, substabelecer esta procuração a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza (CE), 22.03.19

João Duarte de Oliveira

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

NOME
JOAO DUARTE DE OLIVEIRA

FOTO

DOCUMENTO / CATEGORIA
96093028377 **SEPOS** **CE**

CPF
260.432.703-15 **DATA NASCIMENTO**
26/08/1997

RENÇÃO
FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA
LAURA DUARTE MARRIHA

TERMINO **ACC** **CENSA**
AB

Nº RENÇÃO **03258971460** **VALIDADE** **25/11/2018** **1ª EMISSÃO** **22/04/2004**

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL **PORTALKEA, CE** **DATA EMISSÃO** **28/11/2013**

ASSINATURA DO TITULAR

96466704556
CE134062324

DETRAN CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
882807119

MOBILIZADO PLATIFICADO
882807119

DECLARAÇÃO

Nome: João Duarte de Oliveira
CPF: 260.432.703-15 RG: 96003028377
Estado Civil: Casado Profissão: Comerciante
Endereço: Rua das Pedrinhas nº 664
Bloco: - Aptº - Bairro Pq. Genibran
Cidade Fortaleza - Ce, CEP 60.534-030

DECLARA, nos termos da Constituição Federal/88, art. 5º, inciso LXXIV; da Lei nº. 1.060/50; da Lei nº. 5.478/68, § 3º; Lei nº. 7.115/83; e Lei nº. 10.537/2002, que dispõe sobre prova documental para fins de direito, inclusive para fazer prova junto à Justiça Gratuita, que não pode custear as despesas processuais, pelo que assumo inteira e total responsabilidade, sob as penas da lei, por esta declaração.

Fortaleza (CE), 22.03.19

João Duarte de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018174098

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4577 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2018 14:27:15**
Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2018 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DAS PEDRINHAS**
Complemento:
Bairro: **GENIBAU**
Ponto de Referência:

Município: **FORTALEZA/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA**
Nascimento: **26/08/1957** CPF: **260.432.703-15**
CNH: **03258971460** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **LAURA DUARTE MOREIRA**
FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DAS PEDRINHAS, 664**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(85) 98740-4918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXD9877** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2JC30103R291857 Renavam: **810241285** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **FRANCISCA ROBERTA FURTADO 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 HONDA/ CG 125 TITAN KS, ANO FAB. 2003, ANO MOD 2003, COR VERMELHA, DE PLACA HXD-9877/CE E QUE NA DATA DO ACIDENTE ERA REGISTRADA EM NOME DE JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA, QUE TRANSITAVA PELA RUA DAS PEDRINHAS QUANDO COLIDIU DE FRENTE COM UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO SOLO, 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.: 404836-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 23/10/2018 14:33:26

Pág. 1 de 1

Impresso em: 23/10/2018 14:33:26

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE LEONARDO DE LIMA FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/03/2019 às 15:32, sob o número 01191376720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0119137-67.2019.8.06.0001 e código 45CBB53.

SINISTRO 3180509205 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO DUARTE DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR.

SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO JOAO DUARTE DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 26043270315

Posição em 14-02-2019 16:16:22

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 16/07/2018 9:48:50

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/06/2018 19:07:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706807762553629	NOME: JOAO DUARTE DE OLIVEIRA		Registro: 5566491				
CPF: 26043270315	RG: 96003028377	D. NASC: 26/08/1957	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: LAURA DUARTE MOUREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DAS PEDRINHAS		Nº: 664	BAIRRO: PARQUE GENÉRIU			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985641294	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60534030		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 80 COND JOACIR		PARENTESCO: GISELE(FILHA)		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: LACERAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, APOS COLISAO MOTO/MOTO							
OBSERVAÇÕES: TCE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
16/07/2018 13h26 <i>[Assinatura]</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/06/2018 19:07:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706807762553629	NOME: JOAO DUARTE DE OLIVEIRA			Registro: 5566491			
CPF: 26043270315	RG: 96003028377	D. NASC: 26/08/1957	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: LAURA DUARTE MOUREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DAS PEDRINHAS		Nº: 664	BAIRRO: PARQUE GEN. SAU			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985641294	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60534030		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 80 COND JOACIR		PARENTESCO: GISELE (FILHA)			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VINCULO:	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: LACERAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, APOS COLISAO MOTO/MOTO							
OBSERVAÇÕES: TCE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MEDICO							
Anamnese: <i>pt com dor de cabeça mobilizada, refer espalhe</i> <i>ECG 15</i>							
Exame Físico:							
Conduta: <i>1) R de dor / R de dor de</i> <i>2) Uterus da mãe / dor</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: <i>Uterus da mãe / dor</i>							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 09/06/2018 19:25		CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA: <i>Dr. Antonio E. da Silva</i> <i>Médico</i> <i>CRM 9721</i>					



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

RELATORIO MEDICO

PACIENTE:

JOAO DUARTE DE OLIVEIRA

ANAMNESE:

Este paciente sofreu TCE por acidente motociclistico em 08.06.18. Foi admitido na emergência do IJF onde foi avaliado e submetido a estudos de imagem mostrando contusão cerebelar. Por falta de leito no IJF fora transferido para este hospital para terapia conservadora do TCE em 10.06.18. Durante a internação o paciente manteve-se afebril, embora com episódios de vertigem. Evoluiu bem, com melhora do status neurológico havendo resolução das vertigens.

EXAME FÍSICO:

No momento o paciente encontra-se acordado, alerta, cooperativo, orientado no tempo e no espaço. ECG15. Exame motor sem déficit aparente. Não há alteração da sensibilidade. Pares cranianos normais. Reflexos normais.

METODO COMPLEMENTAR:

Estudo de imagem de controle (TC de crânio) mostra boa evolução do TCE.



Dr. Amândio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS
DEVIDOS FIMES, QUE O
SOL. JOÃO DUARTE DE
OLIVEIRA - RG-9660302377-SSP-CE;

SEGUNDO ANAMNESE E EXAMES
TOS DO F.V.F., SOFRIU EMOCIONAIS
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

(C.I.D.-10-S06.9) COM PERDA
DA CONSCIÊNCIA. ATUALMEN-
TE APRESENTA CEFALIA, TON-
TILHAS, DOR PNEUMONAL, INCONTINÊNCIA
COM SÍNDROME RES-
TRAUMÁTICA (C.I.D.-10-F07.2).

ESTADO AGRA DEFINITIVO.

Rua Dr. João Moreira, 327 - Centro (Ao lado da Santa Casa)
Fone: (85) 3454.1449 / 3458.1592 / 3045.1593

Dr. Amândio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº **013569932329**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** COD. RENAVAM **00810241285** B.N.T.R.C. **00000000000** EXERCÍCIO **2017**

NOME
JOAO DUARTE DE OLIVEIRA

FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ **26043270315** PLACA **HXD9877/CE**

PLACA ANT./UIP **/CE** CHASSI **9C2JC30103R291857**

ESPÉCIE/TIPO **PAS/MOTOCICLO D/NAO-APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 TITAN KS** ANO FAB. **2003** ANO MOD. **2003**

CAP./POT./CIL **2P/12CV/124CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

GOTA ÚNICA ********* VENC. GOTA ÚNICA ****/**/**** VENC. COTAS **1*******

FAIXA LPVA ********* PARCELAMENTO / COTAS ********* **2*******
3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **81,29** IOF (R\$) **9,03** PRÊMIO TOTAL (R\$) **90,33** DATA DE PAGAMENTO **17/08/2017**

OBSERVAÇÕES

LOCAL **FORTALEZA** DATA **18/08/2017**

Idir Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº **013569932329** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA **01** CPF/CNPJ **26043270315** PLACA **HXD9877**

RENAVAM **00810241285** MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 TITAN K**

ANO FAB. **2003** CAT. JARRE **02** Nº CHASSI **9C2JC30103R291857**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **81,29** DENATRAN (R\$) **9,03** CUSTO DO SEGURO (R\$) **90,33**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **4,15** IOF (R\$) **0,7** TOTAL A SER PAGO PELO SEGUURADO (R\$) **185,5**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **17/08/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.608/0001-04

MOTOR **JC30E13291857**

02585

0135
RECIE

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

JAIME ARARIPE
FDP 03
AUTENTICAÇÃO
H5749.809

02585
HXD987
CÓD. REP
008102
14475