



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Marcio Gleison da Silva Cabral</u>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>99098187715</u>	
CPF nº: <u>902.091.923-72</u>	Residência: <u>R. Dona Videlina, S/N</u>		
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Capistrano</u>	Estado: CE	CEP: <u>62748-000</u>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 08 de maio de 20 16.

+ Marcio Gleison da Silva Cabral
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Marcio Gleison da Silva Cabral, brasileiro(a),
casado, Agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
99098187715 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 902.091.923-72,
 residente e domiciliado na cidade de Capistrano, estado de
 Ceará, na Rua Dona Udelina, nº 51N,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
 financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários
 advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que
 dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 08 de março de 20 16.

marcio gleison da Silva Cabral

Declarante

REGISTRO GERAL 99098167715 VALIA EM TODO O TERMO: CIRC. NACIONAL 20/10/2010

NOME MARCIO GLEISON DA SILVA CABRAL
FILIAÇÃO ANTONIO PINHEIRO CABRAL
MARIA IDELSUITE DA SILVA CABRAL
CAPISTRANO - CE DATA DE NASCIMENTO 28/07/1982

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFICIO TERMO: 1697 FOLHA: 118V
LIVRO: B-06 CAPISTRANO - CE
CPF 902.091.923-72

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 159
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL – DPI NORTE
UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE CAPISTRANO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS

DADOS DA OCORRÊNCIA:

NÚMERO DO BO: 1159/2015

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO.

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 30/11/2015 por volta das 09:30 hs

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 15/11/2015 por volta das 20:00 hs

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: CE 060 Riacho do padre Pista - Capistrano - CE



HISTÓRICO:

Afirma o declarante que na data, local e horário supracitados, que , sofreu um acidente de Trânsito ,quando o mesmo vinha pilotando o veículo moto HONDA NXR 160 BROS ESD de placa PMY 1194 de cor preta ano 2015 de chassi nº 9C2KD0800FR036259 de Propriedade Marcio Gleison da Silva Cabral, quando o noticiante ao tentar desviar de um animal cachorro acabou vindo a perder o controle do veículo, e o noticiante veio a cair do veículo onde veio a sofrer trauma em terceiro quilodactilídeo esquerdo, mas escoriações, onde o mesmo foi socorrido por populares ao hospital de Capistrano e transferido para Aracoiaba.

DADOS DO NOTICIANTE:

NOME: Márcio Gleison da Silva Cabral

DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1982

NATURALIDADE: Capistrano - Ce

PAI: Antônio Pinheiro Cabral .

MÃE: Maria Idelsuite da Silva Cabral

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 99098187715

ENDEREÇO: Rau Dona Videlina

MUNICÍPIO: Capistrano -CE

BAIRRO OU LOCALIDADE : Centro

TELEFONE P/ CONTATO: (085) 992108132 ou 92430720

Jose Altimar Cardoso Lima
ESCRIVÃO "ad hoc"

RESP. PELO REGISTRO: _____

RESP. PELA INFORMAÇÃO: marcio gleison da silva cabral

CONTRAN		DENTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 011958836774 EXERCÍCIO	
FABR 01 1051692676	RENTRC 0000000000	2015	
MARCIO GLEISON DA SILVA CABRAL CAPISTRANO/CE			
PLACA 90209192372	PLACA PMY1194	CHASSI 9C2KD0800FR036259	
ESPEC. 150 9C2KD0800FR036259	COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO	ANEXO 2015	
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD	CATEGORIA 22/0CV/162CC	PARTE PRETA	VEIC/COAS 2015
COA UNICA 2015	PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000	DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000	DATA 08/06/2015
PROPRIETARIO LOTE/DOUGLAS/871010ACRE-PVAT MOTOR: KD08E0F0836259			
ESTADO DO CEARÁ TRANSPORTADORA OU MAQUILADORA			
CE Nº 011958836774 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 90209192372 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA 01 90209192372	CPV - CNPJ 90209192372	PLACA PMY1194	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015
RENAVAM 1051692676	MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD	ANEXO 2015	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015
PREMIO TARIFARIO 00/00/0000	DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015
PROPRIETARIO LOTE/DOUGLAS/871010ACRE-PVAT	MOTOR: KD08E0F0836259	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015	DATA DE EMISSÃO 08/06/2015

IEZ-2014



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA UNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

fls. 13

1. PREENCHER ESTA FICHA EM
2. AO TERMINAR A CONSULTA, ENTREGAR 2 VÍAS: 1ª VIA PARA O USUÁRIO, ORIENTANDO-O A RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Marcio Gleyson da Silva Gabriel PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASC.: ____/____/____ OCUPAÇÃO: _____

END.: _____ BAIRRO: _____ FORM: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente relata ter sofrido acidente com motocicleta (motorista). Apresenta lesão em 3º quadrante esquerdo, com fratura da fêmur. Solicita atendimento por traumatologia.

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura em 3º quadrante esquerdo.

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: Dr. Gutierrez Vitor de Abreu FUNÇÃO: Médico DATA: 15/11/15

CRM/CE: 1078

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Atendimento PROFISSIONAL: TRAUMATOLOGISTA

UNIDADE REFERÊNCIA: PIRACEMA DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID.: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____

(*) Utilizar também como resumo de alta

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 08:41, sob o número 01343634920188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134363-49.2018.8.06.0001 e código 36CA781.

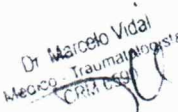
 UMA CIDADE DE TODOS ARACUJÁ PREFEITURA MUNICIPAL		PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA			
Nome Márcio Gleysson da Silva Cabral		Data 15/11/13	
Endereço Centro - Capistrano		Idade 33 a.	Sexo M.
		Estatdo Civil Casado	
HISTÓRIA CLÍNICA			
Sintoma Dor de dentes e nariz			
DESTINO			
Observações:			
() Residência		() Recusou Internamento	
() Ficou em Observação		() Referência	
() Internação		() Óbito	
() Transferência			
Assinatura do Cliente Responsável		Assinatura do Médico - CRM	
Márcio Gleysson da Silva Cabral		[Assinatura]	

 ARACOIABA PREFEITURA MUNICIPAL		PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA	
Nome <i>Marcos Gleison da Silva Cabral</i>		Data <i>16/11/15</i>	
Endereço <i>Rua Videlma - Capituim</i>		Estado Civil	Idade <i>33</i>
			Sexo <i>M</i>
HISTÓRIA CLÍNICA			
DESTINO			
		Observações:	
☐ Residência		☐ Recusou Internamento	
☐ Ficou em Observação		☐ Referência	
☐ Internação		☐ Óbito	
☐ Transferência			
Assinatura do Cliente / Responsável		Assinatura do Médico - CRM	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL - C

IDENTIDADE DO EMITENTE	
NOME COMPLETO <u>Vidalino</u>	 Dr. Marcelo Vidal Médico - Traumatologista CRM 15511 16 NOV. 2015
CRM <u>550</u> UF <u>CE</u> Nº <u>0000000000</u>	
ENDEREÇO <u>Av. ...</u>	
TEL <u>...</u>	
CIDADE <u>Aracoiaba</u> UF <u>CE</u>	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Manoel Gleison da S. Lima
Endereço: R. Videline - Capistrano

10 Cefalexina 500mg 3004
 01 Comp 6 - 6h
 10 Ibuprofeno 600mg 208
 01 Comp 8 - 8h

Data: 16, 11, 15.

IDENTIDADE DO COMPRADOR	IDENTIDADE DO FORNECEDOR
Nome Completo _____	Data: ____/____/____
Rg _____ org. Emis. _____	Assinatura do Farmacêutico _____
Endereço _____	
Cidade _____ UF _____	



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL E MATERNIDADE N. S. DE NAZARÉ

FICHA DE ATENDIMENTO

NOME: Mirna Gleyson da Silva Cabral IDADE: 33a
SEXO: mulher DATA: 15/11/2015 LOCALIDADE: Rua Violante
RA: TRAUMA em 3º quadrante da mão, 219
Paciente relata que foi vítima acidente automobilístico
(colisão).

EXAME FÍSICO:

HÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura em 3º quadrante esquerdo.

EXAME FÍSICO:

DESTINO DO PACIENTE

☐

CASA

☐

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

ÓBITO

☐

INTERNAMENTO

Dr. Gleyson Victor de Abreu
Médico
CRM: 16787

Ass. do Paciente ou Responsável

Médico - CRM



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS -- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Marcio Gleison

da S. Cabral

Portador(a) da Carteira Profissional

Nº _____ Série _____, necessita de 60

(sessenta) dias de afastamento de

suas atividades, a partir desta data, por motivo de

doença previstas no CID sob a referência lesão

Torção mto R

Local e Data

Assinatura do Médico – CRM N.º _____

Dr. Marcelo Vitor
 Médico - Traumatologista
 CRM 10.000

13 NOV. 2015



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525538950

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
3409168 DV **8**

VENCIMENTO
23/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 11 027030 02 079000 Medidor 23003661 Poste 0000 A010
Nome PATRICIA MARTINS TERCEIRO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU DNA VIDELINA 00000 CENTRO CAPISTRANO 62748000

RG / CPF / CNPJ 016.106.323-38 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 9965 Leitura Anterior 9867 Constante 1 Consumo (kWh) 98 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 98

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17411	5,22
Consumo faixa 31-100 Kwh	68	0,29848	20,29

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 16/05/2018 Prev. Próxima Leitura 18/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

778D.7CA7.2C43.F783.2355.C0D8.2D9F.2A0A

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO Aliquota Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 13,38
TRANSMISSÃO 1,43
DISTRIBUIÇÃO 7,62
ENCARGOS SETORIAIS 2,04
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 2,01

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -27,69
JUROS DO MES 0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 0,51
MULTA MORATORIA 0,61
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,97
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,28)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorreligue. A religação a revelia da distribuidora enseja nova ação de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol.414/2010 - Aneel).

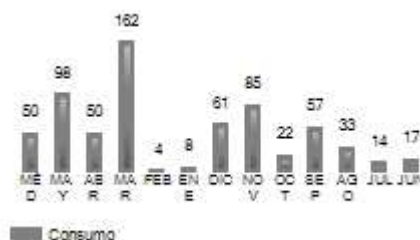
Consta desta fatura R\$ 2,01 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,74% e COFINS:3,39% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,95
Conjunto BATURITE
Mês MAR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 3409168-8 N° da Nota Fiscal: 525538950 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 21/05/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 08:41, sob o número 01343634920180600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134363-49.2018.8.06.0001 e código 36CA783.

SINISTRO 3151026938 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCIO GLEISON DA SILVA CABRAL
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MARCIO GLEISON DA SILVA CABRAL
CPF/CNPJ: 90209192372

Posição em 23-05-2018 08:23:46

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/02/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End.

Profissional: Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE
Cep. 60.025-060 - Tel.: (Fax): (85) 3035-6947 – E-mail: Kairo_akrs@yahoo.com.br

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA
30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

PROCESSO Nº 0134363-49.2018.8.06.0001

MÁRCIO GLEISON DA SILVA CABRAL, já qualificado na exordial, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu causídico, em **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** que move em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, também qualificada nos autos em epígrafe, requerer **JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO** sem reservas de poderes, em anexo.

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Fortaleza/CE, 24 de Maio de 2018.

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA
ADVOGADO OAB/CE 24-805

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

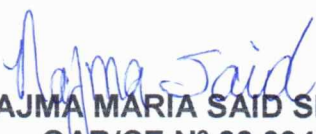
Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**SUBSTABELECIMENTO**

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/CE sob n.º 28.394, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES, os que me foram conferidos por MÁRCIO GLEISON DA SILVA CABRAL, nos autos do processo de n.º 0134363-49.2018.8.06.0001, que tramita na 30º Vara Cível da Comarca de Fortaleza - CE, para o **Dr. ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 24.805, tudo para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Fortaleza, 18 de maio de 2018.


NAJMA MARIA SAID SILVA
OAB/CE Nº 28.394