



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018259122

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5106 / 2018

fls. 8



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2018 10:39:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/10/2018 04:10:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA AÇUDE SÃO JOSÉ**  
Complemento:  
Bairro: **LAGOA REDONDA** Município: **OCARA/CE**  
Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO DA PRE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ABINADAB DE SOUSA NOBRE**  
Nascimento: **10/08/1976** CPF: **737.668.103-59**  
CNH: **03162153804** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**  
Filiação: **ZILNAIR DE SOUSA NOBRE**  
**ELCIAS PINHEIRO NOBRE**  
Endereço: **RUA 741, 261 3ª ETAPA**  
Bairro: **CONJUNTO CEARA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99800-2965**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXH5843** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC30102R182497** Renavam: **778807835** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRATA** Proprietário: **ABINADAB DE SOUSA NOBRE** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, DE PLACA HXH-5843, QUANDO DERRAPOU NA DESCIDA DO ALTO; MOMENTO EM QUE CAIU E FICOU LESIONADO E FOI SOCORRIDO POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE////

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART. 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

**Abinadab de Sousa Nobre**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 28/11/2018 10:52:56

Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/11/2018 10:52:56

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO RABELO LEAL e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/08/2019 às 14:22, sob o número 01681442820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0168144-28.2019.8.06.0001 e código 503478F.



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

|                                                                                                                                      |                                                               |                                                              |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>ABINADAB DE SOUSA NOBRE                                                                                          |                                                               | DADOS PESSOAIS                                               |                    |
| CADÚSUS<br>702101713205297                                                                                                           | NASCIMENTO<br>10/08/1976(42 ANOS)                             | Nº DO PRONTUÁRIO<br>5126823                                  | Nº DO BE<br>308708 |
| NOME MAE<br>ZILNAIR DE SOUSA NOBRE                                                                                                   | NOME RESPONSÁVEL<br>NI                                        | SEXO<br>M                                                    | RACIA/COR<br>PARDO |
| ENDEREÇO<br>RUA PARAÍSO VERDE 694 SIQUEIRA                                                                                           | MUNICÍPIO<br>FORTALEZA                                        | UF<br>CE                                                     |                    |
| CONTATO<br>(85) 99800-2965                                                                                                           | CEP<br>60.732-795                                             |                                                              |                    |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE                                                                                     |                                                               | OCORRÊNCIA                                                   |                    |
| QUEIXA<br>PACIENTE RELATA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO.                                                                                  |                                                               | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO<br>MOTIVO<br>AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA |                    |
| SINTOMAS<br>NI                                                                                                                       |                                                               | ESCALA DE DOR<br>8 (ADULTO)                                  |                    |
| PESO<br>NI KG                                                                                                                        | PRESSÃO ARTERIAL<br>NI/NI                                     | SINAIS VITAIS<br>SAT O2<br>NI%                               | PULSO<br>NI        |
| TEMPERATURA<br>NI °C                                                                                                                 | ALERGIAS<br>NEGA ALERGIAS                                     |                                                              | GLICEMIA<br>NI     |
| CLASSIFICAÇÃO<br>AMARELO                                                                                                             | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br>KELINE SORAYA SANTANA NOBRE | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br>27/10/2018 08:35:37          |                    |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA                                                                                |                                                               | ÁREA ATENDIMENTO                                             |                    |
| ANAMNESE                                                                                                                             |                                                               | ATENDIMENTO MÉDICO                                           |                    |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                          |                                                               | CÓD. PROCEDIMENTO                                            |                    |
| SABT SOLICITADO:<br>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIOS-X                                                         |                                                               | CID                                                          |                    |
| MÉDICAMENTO                                                                                                                          |                                                               | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                            |                    |
| APRAZAMENTO                                                                                                                          |                                                               | OBSERVAÇÕES                                                  |                    |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                   |                                                               |                                                              |                    |
| ALTA/SAÍDA:<br>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APOS 48 HORAS |                                                               |                                                              |                    |
| DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL                                                                                |                                                               |                                                              |                    |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                           |                                                               | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA                  |                    |

Impresso por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 27/10/2018 08:35:37

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

ABINADAB DE SOUSA NOBRE

04.885.197/0012-01

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Costa 1000  
Messegem - CEP 60.000-000

Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

28/11/18

Beltrany

## ATESTADO MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº

Atestamos para fins legais que

Foi atendido neste hospital no dia

16/05/19

às 14h30m

1. Necessita de 60 dias de afastamento de suas atividades profissionais,  
a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

2. Necessita de \_\_\_\_ ( ) dias de afastamento das atividades escolares por motivo de  
doença.

3. Encontra-se ( ) APTO ( ) INAPTO a prática do componente curricular de educação  
física no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Paciente foi atendido neste hospital às \_\_\_\_hs, podendo retornar ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade \_\_\_\_\_

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Obs:

S420

16/05/19

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Carimbo Ass. Profissional

Antônio Eusebio T. Rocha  
Ortopedia - CRM 4774

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ABINADAB DE SOUSA NOBRE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 94012026148 SSPDC CE

CPF: 737.568.103-59 DATA NASCIMENTO: 10/08/1976

FILIAÇÃO: ELCIAS PINHEIRO NOBRE  
ZILNAIR DE SOUSA NOBRE

PERMISSAO: ACC: CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03162353804 VALIDADE: 21/05/2021 1ª HABILITACAO: 16/01/2004

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO.

Assinado de Sousa Nobre

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSAO: 28/09/2016

13148808131  
CE155541641

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN CE (CEARA)

VALIDA EM TODOS  
O TERRITORIO NACIONAL  
1351736596

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1351736596



## DADOS DO CLIENTE

Nome: ABINADAB DE SOUSA NOBRE

End. Leitura: RU 741 CJ CEARA, 261, B, CONJUNTO CEARA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60531-820

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 048 Quadra: 0215 Lote: 0101 Comp: 0002  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume(m³) | Média Semestral(m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|------------|---------------------|
| AGUA    | A11N253234 | 578              | 580           | 2          | 10                  |

## DATAS

Leitura Atual: 16/01/2019 Emissão: 16/01/2019 Lacre Água: 709030  
Leitura Anterior: 17/12/2018 Próxima Leitura: 15/02/2019 Lacre Esgoto: 709030

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2018

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 533   | 533      | 126 | 533               | 533              |
| Analisadas      | 531   | 531      | 531 | 531               | 531              |
| Em conformidade | 507   | 525      | 506 | 492               | 531              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$)               | HISTÓRICO DE VOLUME           |
|---------------------------|-------------------------------|
| ÁGUA 24,40                | Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³) |
| ESGOTO 19,52              | set/18 10 8                   |
| PARCELAMENTO DE DEB 40,60 | out/18 13 10                  |
|                           | dez/18 5 4                    |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSÍDIO            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS       | 0,81        | Descrição           |             |
| COFINS    | 4,04        | VALOR DO SERVIÇO    | 108,90      |
|           |             | VALOR DO SUBSÍDIO   | 24,38       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 84,52       |

MÊS/ANO

01/2019

VENCIMENTO

06/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

84,52

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titimoney. Outros: Pagafat. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ainda neste serviço, consulte sua agência.

I: 353903050215035 L: 0276 H: 08:16:44 R: 128 P: 001

Central de Atendimento

Cagece 0800 275 0195

Cagece

## É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras:

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

contasidiv.gov.br  
E-mail: E-Rec. Petróleo  
155

155

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| NOME:             | Abinadab de Sousa Nobre |
| ESTADO CIVIL:     | Solteiro                |
| PROFISSÃO:        | Autônomo                |
| DOMICÍLIO:        | Rua 741 CJ Ceara 261    |
| RG/CPF/PIS PASEP: | 94012026148             |

**OUTORGADOS**

**JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: FontalézaData: 29 / 07 / 19

x Abinadab de Sousa Nobre  
**OUTORGANTE**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:**

Abinadab de Sousa Nobre

**RG:**

94012026348

**SSP/Re CPF:**

737.668.503-59

**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:**

Rua 741 CJ Perna 261

**Complemento:****Bairro**

Contenda Ceara CEP: 60531-820

**Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente**

**Fortaleza/Ce, 29 DE Julho 2019**Abinadab de Sousa Nobre

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**Nome: Abinadab de Sousa NobreNacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: SolteiroProfissão: AutônomoRg: 94012026148 SSP/ ce-CPF: 737.668.103-59Logradouro: Rua 743 CJ Ceará 261

*Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.*

Fortaleza/Ce: 29 de Julho de 2019x Abinadab de Sousa Nobre

**SINISTRO 3190214215 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA ABINADAB DE SOUZA NOBRE****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO ABINADAB DE SOUZA NOBRE****CPF/CNPJ:** 73766810359**Posição em 28-08-2019 15:03:42**

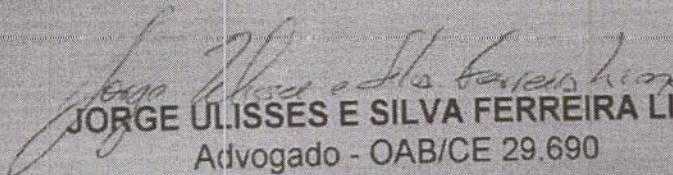
O pedido do Seguro DPVAT foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                        | Tipo   | Status       | Nome |
|----------------------------------|--------|--------------|------|
| → Documentação médico-hospitalar | Vitima | Não Conforme |      |

### SUBSTABELECIMENTO

**JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**, brasileiro, advogado, convivente (união estável), inscrito na OAB/CE 29.690, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES, na pessoa do advogado, **PAULO ROBERTO RABELO LEAL**, brasileiro, advogado, convivente (união estável), inscrito na OAB/CE sob o nº. 13.591, com escritório profissional situado na Rua 15 de Novembro, 1133, Centro, Baturité-Ce., nesta os poderes foram outorgados por ABINADIAS DE SOUSA NOBNE, para ajuizamento da ação **COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** na Comarca de Fortaleza/CE.

Fortaleza, 27 de Agosto de 2019.

  
**JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**  
Advogado - OAB/CE 29.690