



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM/CE**

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
PROTOCOLADO Nº 2006/18
RECEBIDO EM 27/02/18 ÀS 12:54

APELAÇÃO CÍVEL - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA - SEQUELA PERMANENTE - PERDA DE FUNÇÃO - PERDA DE CAPACIDADE LABORATIVA - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL COMPROVADA - CONDENAÇÃO NO VALOR MÁXIMO - IMPOSSIBILIDADE - OBSERVÂNCIA DO GRAU DA INVALIDEZ - PAGAMENTO A MENOR - POSSIBILIDADE - 25% DO VALOR MÁXIMO PREVISTO PARA A INDENIZAÇÃO - RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE.

A indenização de seguro obrigatório por acidente ocorrido na vigência da Lei 6.194/74, consoante determinava o art. 3º, é paga no equivalente ao salário mínimo. "Em caso de invalidez parcial, o pagamento do seguro DPVAT deve, por igual, observar a respectiva proporcionalidade."

(REsp 1119614/RS; 4ª T.; Rel. Min. Aldir Passarinho Junior; Julg. 04-8-2009; DJU 31-8-2009; in www.stj.jus.br). (Ap 90482/2010, DES. JURACY PERSIANI, SEXTA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 18/05/2011, Publicado no DJE 25/05/2011)

AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT

JOÃO BATISTA PEREIRA, brasileiro(a), casado, agricultor, portador(a) do RG nº 2007438093-6, SSPDS/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº. 438.321.053-87, residente e domiciliado(a) na Fazenda Maracajá, s/nº, Dt de Passagem, Município de Quixeramobim/CE, CEP: 3.800-000, por seu advogado e bastante procurador, vem, a presença de V. Exa., apresentar a presente **AÇÃO DE COBRANÇA** em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na **Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205**, pelos fatos e fundamentos que se seguem.

1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Ab initio, requer os benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, tudo com fundamento na Lei 1.060/50 e na própria Carta Magna, art. 5º, LXXIV.

2. FUNDAMENTAÇÃO FÁTICA E JURÍDICA

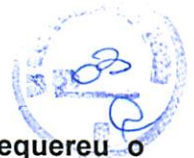
No dia **11/05/2017** o autor sofreu um **acidente de trânsito** (queda de motocicleta), conforme **Boletim de Ocorrência em anexo**, e teve como consequência **fratura grave de membro superior esquerdo – clavícula** - conforme documentação médica também anexada.



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DA 2ª VARA

PROTOCOLO Nº 1.435/18
RECEBIDO EM 28/02/18 HORA 8:33

9
VISTO



Desta feita, o autor deu entrada no procedimento administrativo e requereu o pagamento do seguro, entretanto não recebeu os valores que tinha direito pelas sequelas do acidente de automobilístico, recebendo o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois e cinquenta).

Tão logo recebeu a notificação informando o resultado o(a) requerente estranhou o valor disponibilizado, uma vez que segundo a Lei 6194/74 que trata sobre os seguros de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – DPVAT, teria direito a uma cobertura em valores superiores ao recebido, nos termos do art. 3º do referido diploma legal que aduz, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Sabe-se que os valores da indenização seguem os limites estabelecidos no **ANEXO** da referida Lei (**Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009**), que assim dispõe:

Danos Corporais Totais	Percentual Da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10



Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a **parte demandante teve perda funcional completa de um dos membros superiores**, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de **70% sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, o que resulta na quantia devida de **R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)** nos moldes da tabela legal.

Assim, conforme se verifica, o requerente possui direito a um valor maior do que o valor disponibilizado pela seguradora, o que desde já se requer, por todas as razões de direito.

Desta forma, diante dos erros, dos atos arbitrários e abusivos praticados pela seguradora, quando do pagamento administrativo, **requer a correta aplicação da Lei 11.945/09, no sentido de que, ao Requerente, seja garantido o pagamento do valor legalmente lhe devido, dentro do percentual de sua invalidez**, a qual, reitere-se, resta devidamente comprovada nos presentes autos.

3. – DOS PEDIDOS

ISTO POSTO, REQUER à Vossa Excelência:

a) Conceda Vossa Excelência, aos requerentes, o benefício da **JUSTIÇA DE GRAÇA**, uma vez que se são pessoas pobres, tendo firmada para tanto, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**.

b) A **CITAÇÃO** da Ré para oferecer resposta no prazo legal sob pena de preclusão, revelia e confissão;

c) O Julgamento **PROCEDENTE** do presente feito em todos os seus termos, condenando a Promovida ao **pagamento** do valor remanescente a que tem direito a parte Autora, qual seja, **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, ou **SUBSIDIARIAMENTE**, que **seja avaliado o grau de invalidez do Requerente, através de perícia médica e, posteriormente, utilizado os reais percentuais de invalidez para cálculo da indenização devida ao mesmo, tudo nos conformes determinados pela tabela implementada pela Lei 11.945/2009**, devendo, em todo caso, o valor ser regularmente corrigido desde o inadimplemento da Ré;

d) a **dispensa** da designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do CPC/2015;

e) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como **honorários advocatícios**, estes arbitrados em 20% do valor da condenação;

Requer provar o alegado com todos os meios de prova permitidos e previstos em direito, especialmente a prova documental e pericial a ser designada por este juízo.

Estima-se a presente demanda no valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**

Termos em que,

Pede deferimento.

Quixeramobim/CE, 09 de Janeiro de 2018

Tyago Bezerra de Sousa
OAB/CE
29.533



RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA:

1. Pode o Sr. Perito precisar se a sequela originada do acidente está consolidada? Desde quando?
2. Resultou do acidente debilidade e/ou sequela permanente de membro, sentido, função? Qual?
3. Resultou do acidente perda de órgão, membro, sentido ou função? Qual?
4. É possível graduar a(s) sequela(s) decorrente(s) da(s) lesão(ões), correlacionando o(s) percentual(ais) ao(s) dano(s) sofrido(s) pelo periciando em cada segmento corporal acometido?

	SEGMENTO	PERCENTUAL
LESÃO 1		()10% ()25% ()50% ()75% ()100%
LESÃO 2		()10% ()25% ()50% ()75% ()100%
LESÃO 3		()10% ()25% ()50% ()75% ()100%
LESÃO 4		()10% ()25% ()50% ()75% ()100%
LESÃO 5		()10% ()25% ()50% ()75% ()100%

5. Outros esclarecimentos do perito:



TYAGO SOUSA
ADVOCACIA E CONSULTORIA



PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: João Batista Pereira, brasileiro, casado, agricultor, RG nº. 2007438093-G, SSPDS/CE, CPF nº. 438.321.053-87, residente na Fazenda Maracajá, S/Nº, Distrito de Passagem, Quixeramobim-CE, CEP: 63.800-000.

OUTORGADO: **TYAGO BEZERRA DE SOUSA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.533, e no CPF sob o nº 027.048.473-63, todos com escritório profissional localizado à Rua da Cruz, 221, sala 09, Centro, QUIXERAMOBIM-CE, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgante acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores inclusive em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950, bem como o art. 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, Lei 13.105/2015.

QUIXERAMOBIM/CEARÁ 20 de Agosto de 2018

X João Batista Pereira

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO MILITAR BAPTISTA



Polegar Direito



João Batista Pereira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOÃO BATISTA PEREIRA

Número de Inscrição: 438.321.053-87

Nascimento: 30/09/1967

VALOR DE TÍTULO NACIONAL

2007438093 - 6

19/01/2010

JOÃO BATISTA PEREIRA

ANTÔNIO PEREIRA

MARIA NILTA DE LIMA PEREIRA

QUIXADÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO: 30/09/1967

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: URUQUE TERMO: 00841 FOLHA: 33-E-V

LIVRO: B-05 QUIXERAMOBIM - CE

P.: 27



3286928-2

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

475844461

Rota 23 28036 02 096000 - 5

Data de Emissão 04/05/2017

Nome JOAO BATISTA PEREIRA

End. Postal FZ MARACAJA 00000

DISTRITO DE PASSAGEM - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 13471476

Posto 0000 Y25S

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 438321053-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2017	04/05/2017	05/06/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto QUIXERAMOBIM

Mês Mar/2017 EUSD 5,38

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
-----------------------	----------	------------------

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0565.6544.8320.6404.2665.0768.6043.8948

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6556	6490	1,00	66	0,00	66	0,16178	10,69
						0,27734	18,15

04/05/17	04/04/17	30 DIAS	63	14,00
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	29,12
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-15,12
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,99
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	12,98
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,97)	

05/06/2017

27,97

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	8,45
Transmissão	0,21
Distribuição	2,55
Encargos Setoriais	1,43
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,50
TOTAL	14,15

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

52	63	51	56	51	54	52	49	55	43	56	39	56
MEI	Mar	abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

27,23

0,00

A bandeira de maio será vermelha (Patamar 1), com custo de R\$ 2,00

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 1386 / 2017**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 08:28:54**
Data / Hora da Ocorrência: **11/05/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 060**
Complemento:
Bairro:
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSP. REGIONAL DO CENTRAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO BATISTA PEREIRA**
Nascimento: **30/09/1967** CPF: **438.321.053-87**
RG: **20074380936** Órgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA MILTA DE LIMA PEREIRA**
ANTONIO PEREIRA
Endereço: **SITIO MARACAJA**
Bairro: **DISTRITO MANITUBA**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORW8208** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KD0550ER324586 Renavam: **999730029** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A vítima informa que estava trafegando por volta de 19:00h na motocicleta Honda NXR 180 Bros preta, de placas ORW 8208/CE, de propriedade de Francisco Pereira da Silva, RG nº 2001005136082, CPF 070.533.323-06, sem garupeiro. Que a vítima é habilitada, com documento de nº 06004259873. Que estava trafegando da cidade de Quixeramobim/CE com destino a Cidade de Quixadá/CE, quando bateu em uma divisória próxima ao meio fio pois a estrada estava escura e perdeu o controle da motocicleta ocasionando a queda. QUE não bateu em nenhum carro. Que sofreu lesões em seu corpo e quebrou a clavícula de acordo com o Boletim de Atendimento da Unidade de Atendimento 24h nº 11. Que foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital Regional Pontes Neto. Que foi atendido pelo Dr. Marcelo Nobre CRM 16149. Que passou oito dias internado no Hospital Pontes Neto. Que irá retornar ao Hospital para averiguar a necessidade de passar por procedimento cirúrgico. Que possui duas testemunhas WLISSES DOS SANTOS NETO RG Nº 801.067 - 2vias, SSPDS/CE e MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA PEREIRA, RG nº 99098123822 e MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA PEREIRA, RG nº 99098123822, SSPDS/CE. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Pág. 1 de 2

!mpresso em: 24/05/2017 08:49:59



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 1386 / 2017

CAROLINE CAPIBARIBE CAVALCANTI - MAT.: 30110919

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Andre Firmino da Silva
Andre Firmino da Silva

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANDRE CIRILLO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117611

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 11/05/17

HORÁRIO: 19:29h

ATENDIMENTO Nº: 11

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: João Batista Pereira
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 30/09/67 IDADE: 49 a ESTADO CIVIL: Casado
MÃE: M^{te} Miltaz de Lima Pereira SUS: 8980027701693
NATURALIDADE: Quixadá - CE PROFISSÃO: agricultor
SUS/ENDEREÇO: Maracaja Marituba BAIRRO: CEP:
CIDADE: Quixadá ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Assinatura do Responsável
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito + cianose + falta de ar; ☐ Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30 min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas+ falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controlada; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Bronco espasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora da crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite.	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS**HOSPITAL REGIONAL****DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM**

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE

**LAUDO
MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE
AIH**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO SUS

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Mas.: ☒ 1 Fem.: ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO REFERENTE

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAR INTERNAÇÕES

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - C D 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTOS

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marcelo Pontes
Médico
CRM 16149

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITAL - SUS



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-
MAIL: HOSP.REGIONAL@HOTMAIL.COM
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: JOÃO BATISTA PEREIRA Nº REG: 333.770
DATA NASCIMENTO: 30/09/1967 IDADE: 49 anos COR: Pardo SEXO: F () M (X)
EST. CIVIL: Casado NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: Brasileiro
CNS: 848 0027 7086 9444 DOCUMENTAÇÃO: RG: 2007438093-6 SSP EXP: 39/01/10
PACIENTE DO SAD: SIM () NÃO (X)
PROFISSÃO: Agricultor TELEFONE: () _____
ENDEREÇO: Rua da Chancelaria Nº _____
BAIRRO: Distribuição de Chancelaria CIDADE: Quixeramobim UF: _____
PAI: Antônio Pereira
MÃE: Marcelo Melo da Silva Pereira
RESPONSÁVEL: Roseli da Santa Chancelaria Pereira TELEFONE: (88) 99347 1087
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: Não ANO: _____ MÊS: _____

SUMÁRIO DE HDA.:

pt apresentando fratura de
chancelaria direita após queda
de altura

EXAME FÍSICO:

facies de dor, cognitivo,
orientado, Eupneico

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149
ASSINATURA

DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO

Fratura de chancelaria
direita

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 11/05/17 HORA: 23:25h

CLÍNICA: Ortopedia

DATA SAÍDA: 18/05/17

CID: S42.0 CÓDIGO: 0102010150

TEMPO PERMANÊNCIA: _____

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐

EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

SOLICITAÇÃO: 14360011078

INTERNAÇÃO: 12 105 12017

ALTA: 1/1/1

NOME: João Batista Penha IDADE: 49 Q/L

ENF: 111.270 ADMISSÃO: 11, 05, 17 CLÍNICA: Quirúrgico

LEITO: 38 DIAGNÓSTICO: fratura de clavícula DATA: 11, 05, 17

APRAZAMENTO: 37

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Dose 6mg
- 2) 5f 500ml
- 3) Transf 01fa + 100ml
5f 500ml 818h 5E 20h
- 4) Diferença 01fa + 100ml
616h 8h
- 5) plasma 01fa 818h 5E 20h

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pt, 49a, trazido pelo SAMU, apresentando fratura de clavícula, repouso da região, receba medicação, segue sob os cuidados de enfermagem.

Ata Pharmagem
Tel: 88 372 5320
Cran

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

SN 11/05/17
cliente consciente
orientado den
entrada nesta
unidade e e
as 23:57h com
HD. fratura de
clavícula e, aguar-
da tto cirurgico
Segue sob cuidados
de enfermagem.

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

Angela M. Nogueira Ferreira
TEC. ENFERMAGEM
CORENCE: 647.063

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO		GLICEMIA
HORA	P.A	
24h	130x80	
06h	130x80	
12:00	110x60	36
18:00	120x60	36
24:00		

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com-Quixeramobim-CE



NOME: João Batista Pereira		IDADE: 49	Q/L
ENF.	LEITO	RG: 177.770	ADMISSÃO: 17/05/17
	DIAGNÓSTICO: S3 Frat. clavicular	CLÍNICA: CC	DATA: 18/05/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Adm. Hospitalar às 12h

Dr. Deginaldo Holanda
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 13202 / TEOT: 15385

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO MÉDICA

09:00h. Pac. admitido,
 fr. sig. do
 ombreiro, ag. de
 cirurgia. =

fr. clavicular @
 Causado sobre
 o ombreiro
 Ag. de: Adm. Hospitalar
 às 12h

Socorro Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-CE / Reg. Nº 321623-AE

14:30h. Pac.
 saiu de alta
 hosp. confor-
 me prescrição
 médica.

Dr. Deginaldo Holanda
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 13202 / TEOT: 15385

Socorro Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-CE / Reg. Nº 321623-AE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HORA	P. A.	T	GLICEMIA
06:00	110x60	36	
12:00			
18:00			
24:00			



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

João Batista Pereira

11/05/17

Paciente, 49 anos, masculino, consciente, orientado, com HD: fratura de clavícula esquerda, febril, eufórico, normotenso, apresenta dor no local da fratura, medicado C.P.M., segue sob cuidados.
Encaminhado para clínica cirúrgica às 23:40h.

LANA LARISSA PATRÍCIO
ENFERMEIRA
COREN-CE 498005

11.05.17 (Noturno)

J.B.P. 49a, masculino, foi admitido na Clínica Cirúrgica, às 23:57h, vindo da emergência com H.D.: Fratura de clavícula E. Pte. consciente, orientado, verbalizando suas necessidades humanas básicas, afável, eufórico, normotenso, não refere queixas. Segue aos cuidados de enfermagem.

Maria Herany Duarte Pálcio
ENFERMEIRA
COREN 261932

12.05.17 (Noturno)

Paciente, 49 anos, no 1º DIH com HD: fratura de clavícula E, consciente, orientado, nega queixas, sono e repouso preservados, aguarda cirurgia.

Mary Saldanha de Oliveira
ENFERMEIRA
COREN-CE: 424.403

13.05.17 (manhã tarde)

Paciente J.B.P. 49 anos, masc, no 2º DIH por HD: Fratura de clavícula "E". Consciente, orientado, verbalizando suas NHA's. Sem queixas no período. aguarda cirurgia.

DR. JOÃO ZAVES
ENFERMEIRO
COREN-CE 270.298

13.05.17 (Noturno)

Paciente masculino com 49 anos no 2º DIH por HD: Fratura de clavícula "E". Consciente, verbalizando suas NHA's, Eliminações físicas presentes. Eufórico, afável, normotenso. Segue sem queixas no período M.C.P.M. Segue sob cuidados da equipe. Aguarda cirurgia de fratura.

Héryka da Silva Patrício
ENFERMEIRA
COREN-CE 497508

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

14.05.17 (Noturno)

Paciente, masculino com 49 anos no 3º DH por HD: Fratura de Clavícula "E". Consciente, verbalizando suas NHR's, deslizando. Externas, apêndices normocorados. Eliminações fisiológicas presentes. No momento queixas de dor, faz M. C.P.M. Aguarda cirurgia. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.

15.05.17. Paciente segue no 4º DH por fratura de clavícula. Consciente, orientado; verbalizando NHR's, deslizando a dieta; com eliminações resis intestinais presentes e comulhando bem. Resposta. — Of. 171.114.

16.05.17 MT → Paciente no 5º DH com HD: Fratura de clavícula "E". Consciente orientado, higienizado por aspersão, aceita dieta oferecida consilio sono e repouso. Eupnéica, normotenso, normocorada. Eliminações fisiológicas presente. Sem queixas no período. Segue sob os cuidados de enfermagem. Em anexo: Rx + ECG + exames laboratoriais.

Suziane Viana Nogueira
ENFERMEIRA
COREN-CE: 257.11

16.05.17 - Noturno:

Paciente no 5º DH com HD: Fratura de clavícula "E". Consciente, orientado. Verbalizando suas NHR's. Apêndices normocorados. Eliminações resis intestinais presentes e comulhando bem. Segue sob os cuidados de enfermagem.

17/05/17 Paciente no 6º DH por fratura de Clavícula "E". Consciente, consciente, higienizado, verbalizando. Aguarda cirurgia.

17.05.2017. Paciente no 6º DH por fratura de clavícula "E", segue consciente, orientado; verbalizando suas NHR's com dieta tolerada até os 22h00. Segue comulhando sono e repouso e aguardando procedimento cirúrgico.

Dr. Danilo Rodrigues
Médico
COREN-CE: 171.114



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FONE: (88) 3441.1353 / (88) 3441.4009 - email: hosp.regiona@hotmail.com / Quixeramobim-CE



Dr. Pontes

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

18.05.17 -> Paciente deu (diga) com Fratura de Ulna, está em alta hospitalar, às 12:00h. Consciente, orientado, verbalizando, desambulando. Sem queixas no momento.

Herykely Silva Patrício
ENFERMEIRA
COREN-CE 497.998



REFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a), JOÃO BATISTA PEREIRA
recebeu atendimento médico em
18, 05, 17 com diagnóstico de: fratura costeira (E)
(CID: S400) _____
o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.
Quixeramobim, 18 / 05 / 17

MÉDICO - CRM

D. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13202 / FEOT: 15385



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11345877

A/C: JOAO BATISTA PEREIRA

Sinistro: 3170348114 ASL-0239363/17
Vitima: JOAO BATISTA PEREIRA
Data Acidente: 11/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JUCIRENE DIAS FERREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000536-3

Conta: 0000025847-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

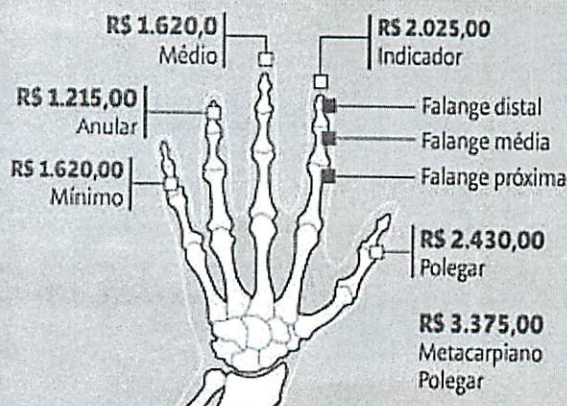
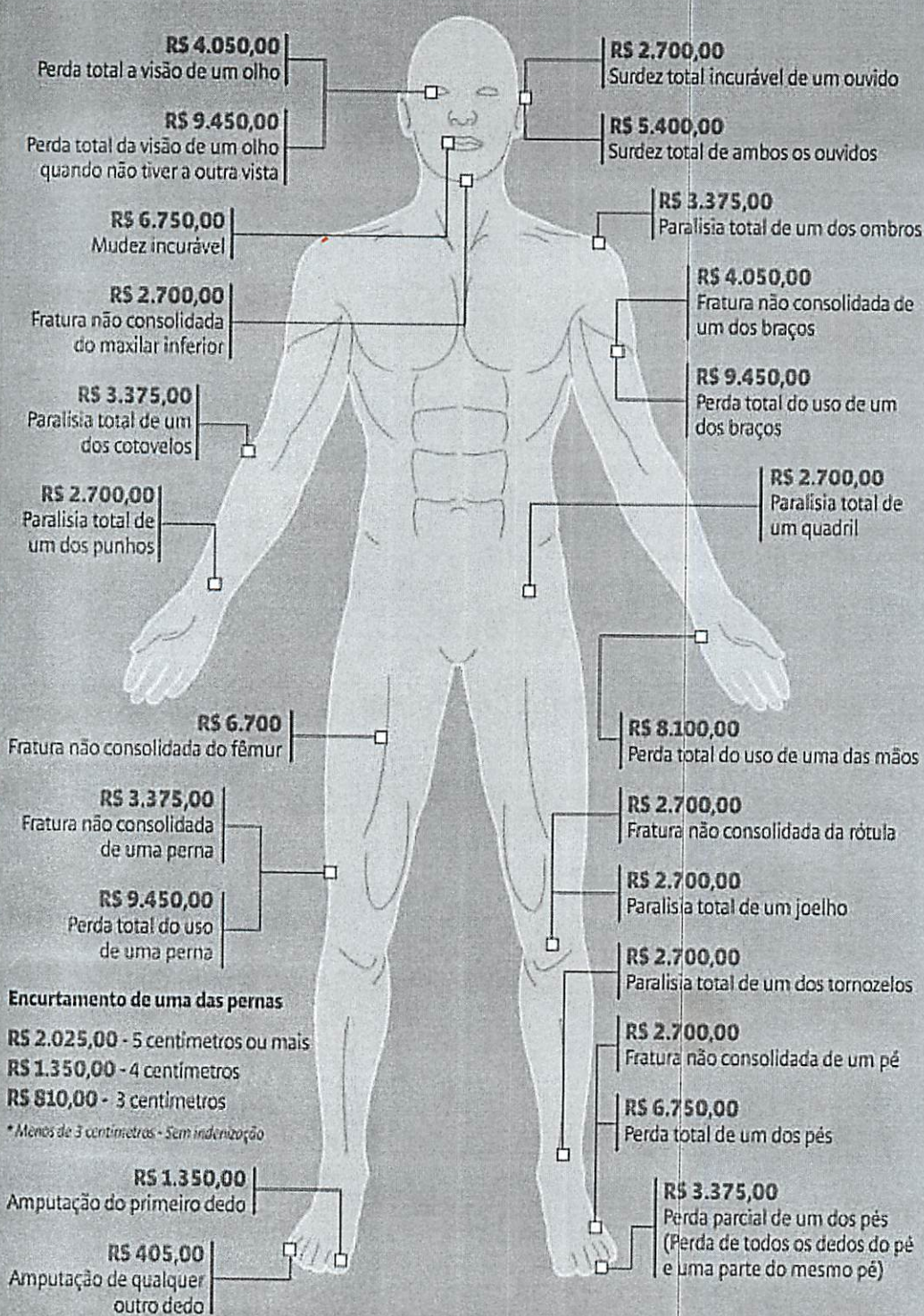
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Preço da invalidez

Tabela de indenização para invalidez permanente total ou parcial por acidente



RS 13.500,00

Perda total

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os braços
- Perda total do uso de ambas as pernas
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um braço e uma perna
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

Valor máximo **RS 13,5 mil**



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
DIVISAO DE PROTOCOLO DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM**

Data - Hora
27/2/2018 -
13:39

Termo de Distribuição



Dados Gerais do Processo	
Protocolo Único	28535-90.2018.8.06.0154 /0
Autuação	Não possui autuação
Tipo de Ação	PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
Assunto(s)	ACIDENTE DE TRÂNSITO
Nr.Apensos	0
Ir.Volumes	1
Documento de Origem	PETIÇÃO INICIAL
Documento Atual	PETIÇÃO INICIAL
Fase Atual	DISTRIBUIÇÃO POR SORTEIO
Data da Fase	27/02/2018
Foi feita DISTRIBUIÇÃO POR SORTEIO do presente processo, motivo EQUIDADE, em 27/02/2018 13:39, para o(a) Relator(a): Exmo.(a) Sr.(a) ROGACIANO BEZERRA LEITE NETO - 2ª VARA DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM	

Partes	
Nome	
Requerente : JOAO BATISTA PEREIRA	
Rep. Jurídico : 29533 - CE TYAGO BEZERRA DE SOUSA	
Requerido : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A	

QUIXERAMOBIM (COMARCA DE QUIXERAMOBIM), 27 de Fevereiro de 2018


Responsável



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
2ª VARA DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM**



Data - Hora
26/3/2018 - 14:14

Termo de Registro e Autuação



Nesta data, após recebidos, estes autos foram registrados e autuados por processamento eletrônico, na forma do demonstrativo abaixo discriminado.

Dados Gerais do Processo

Protocolo Único	28535-90.2018.8.06.0154 / 0 PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
Nr.Volumes	1
Autuação	26/03/2018
Assunto(s)	ACIDENTE DE TRÂNSITO
Natureza	CÍVEL
Just.Gratuita	NÃO
Segredo de Justiça	NÃO
Apresentação/Preparo	Conta
Competência	1ª E 2ª VARA - INTERIOR

Partes

Nome

Requerente : JOAO BATISTA PEREIRA
Rep. Jurídico : 29533 - CE TYAGO BEZERRA DE SOUSA
Requerido : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

QUIXERAMOBIM (COMARCA DE QUIXERAMOBIM), 26 de Março de 2018

Responsável



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
2ª VARA

RECEBIMENTO

Nesta data, recebi estes autos.

Quixeramobim(CE), 02 de Maio de 2018.

Funcionário(a) R responsável

TOMBO

Nesta data, registrei a presente ação sob o tombo nº 11.824/18, no livro nº 10 desta secretaria da 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim, Estado do Ceará.

Quixeramobim(CE), 02 de Maio de 2018.

Funcionário(a) R responsável

CONCLUSO

Aos 02 de Maio de 2018 faço estes autos conclusos a MM. Juiz Substituto da 2ª Vara desta Comarca de Quixeramobim, Dr. Rogaciano Bezerra Leite Neto

Funcionário(a) R responsável



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
2ª VARA

AV. DR. JOAQUIM FERNANDES, Nº 670, CENTRO, QUIXERAMOBIM(CE), CEP: 63.800-000, FONE/FAX: (88) 3441-1216
Processo Nº – **28535-90.2018.8.06.0154/0**

DESPACHO

Inicialmente, defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita.

Por não vislumbrar qualquer vício da vestibular, recebo a inicial nos termos em que é proposta.

Diante da natureza da demanda posta em apreço, cite-se o promovido para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, responder aos termos da petição inicial proposta e acompanhar o feito até o final julgamento, sob pena de revelia.

Expedientes necessários.

Quixeramobim (CE), 08 de maio de 2018.



ROGACIANO BEZERRA LEITE NETO
Juiz Substituto - Titular

DATA
maio 09, 05 / 18 recebi este
Assessor (a) do Secretário



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
2ª VARA

Quixeramobim(CE), 17 de maio de 2018.

PROCESSO Nº: 28535-90.2018.8.06.0154 (11.824/2018).

AÇÃO: COBRANÇA.

REQUERENTE: JOÃO BATISTA PEREIRA.

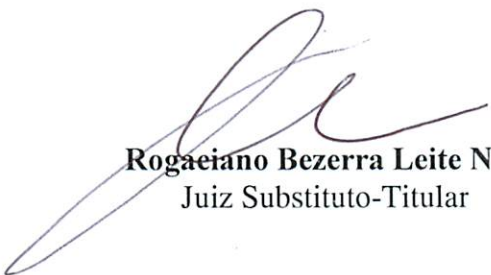
REQUERIDA: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

Sr. Rep. Legal,

Pelo presente venho **CITAR** Vossa Senhoria de todo o conteúdo da petição inicial e para, querendo, no prazo de 15(quinze) dias, responder aos termos da ação em epígrafe e acompanhar o feito até final julgamento, sob pena de revelia. Seguem anexas cópias de fls. 02/04.

Atenciosamente,


Rogaeiano Bezerra Leite Neto
Juiz Substituto-Titular

Selo N° AE3049494
Em: 21/05/18

SR. REP. LEGAL DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.
RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, CENTRO.
CEP: 20.031-205 – RIO DE JANEIRO (RJ).

Diretor (a) de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.br



DESPACHO

Processo nº: 0028535-90.2018.8.06.0154
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Seguro
Requerente: Joao Batista Pereira
Requerido: Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro Dpvt S.a

Considerando a informação de fl. 24-v, intime-se o advogado da parte autora para que informe, no prazo de 10 (dez) dias, o endereço atualizado da requerida, sob pena de extinção do processo sem resolução de mérito.

Expedientes necessários.

Quixeramobim, 06 de agosto de 2018.


Rogaciano Bezerra Leite Neto
Juiz de Direito

09/08/18 recebi estes autos
Secretaria



CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico e dou fé que o ato abaixo, constante da relação nº 0044/2018, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 18/09/2018. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado
Tyago Bezerra de Sousa (OAB 29533/CE)

Teor do ato: "Considerando a informação de fl. 24-v, intime-se o advogado da parte autora para que informe, no prazo de 10 (dez) dias, o endereço atualizado da requerida, sob pena de extinção do processo sem resolução de mérito. "

Do que dou fé.
Quixeramobim, 26 de setembro de 2018.

Diretor(a) de Secretaria

JUNTADA

As 02 10 / 18 Junta

aos autos da petição

de

Diretor(es) de Secreteria



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DIREITO DA 2ª VARA DA
COMARCA DE QUIXERAMOBIM – CE.**

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM
PROTOCOLO Nº 9396/18
RECEBIDO EM 25/09/18 AS 11:20
[Assinatura]
VISTO

PROCESSO Nº: 0028535-90.2018.8.06.0154

REQUERENTE: JOÃO BATISTA PEREIRA

REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

JOÃO BATISTA PEREIRA, devidamente qualificado(a) nos autos da
AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que move em desfavor da
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., vem
respeitosamente perante Vossa Excelência, através de seus
procuradores signatários, em obediência ao determinado em
despacho, manifestar e requer o que segue:

01 – Tendo em vista a tentativa de citação da requerida,
realizaram-se diligências e verificou-se a existência do endereço,
conforme Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral, em
anexo, qual seja:

- Rua Senador Dantas, nº. 74, 5,6,9,14 E 15 ANDA RES – CEP
20.031-205, Centro, Rio de Janeiro – RJ, com endereço
eletrônico: citação.intimação@seguradoralider.com.br

Diante do exposto, requer o prosseguimento do feito, com a
citação da requerida no endereço supra informado.

Nestes Termos, pede deferimento.

Quixeramobim – Ceará, 24 de Setembro de 2018.

[Assinatura]
TYAGO BEZERRA DE SOUSA
OAB/CE n.º 29.533



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE GUARABIM

PROTOCOLADO 4.024/18
RECEBIDO EM 25 09 18 14:02

VISTO

[Handwritten signature]



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.br



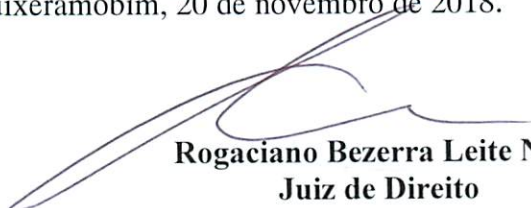
DESPACHO

Processo nº: 0028535-90.2018.8.06.0154
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Seguro
Requerente: João Batista Pereira
Requerido: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A

Reitere-se o expediente de fl. 23, desta feita, observando-se o endereço informado à fl. 27.

Expedientes necessários.

Quixeramobim, 20 de novembro de 2018.


Rogaciano Bezerra Leite Neto
Juiz de Direito

11

DATA
23/11/18
Diretor (a) de Secretaria

CERTIDÃO

Certifico que foi expedido(a)

Carta de Litigio

com AR c/ou ARMP Nº

AR 99720478 1 BT

conforme cópia colada vista.

O referido(a) versão, Dou F.

Quixeramobim-CE, 14/12/18



Secretário

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr. Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.brQuixeramobim

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: 0028535-90.2018.8.06.0154
Classe – Assunto: Procedimento Comum - Seguro
Requerente: Joao Batista Pereira
Requerido(a): Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro Dpvt S.a

Quixeramobim(CE), 07 de dezembro de 2018.

Sr(a). Rep. Legal da Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro Dpvt S.a

Pelo presente venho **CITAR** Vossa Senhoria de todo o conteúdo da petição inicial e para, querendo, no prazo de 15(quinze) dias, responder aos termos da ação em epígrafe e acompanhar o feito até final julgamento, sob pena de revelia. Seguem anexas cópias de fls. 02/05.

Atenciosamente,


Rogaciano Bezerra Leite Neto
Juiz de Direito

Selo Nº AE 3491499
Em: 11/12/18

Sr(a). Rep. Legal da Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro Dpvt S.a
RUA SENADOR DANTAS, 74, ANDAR 5.6.9.14 E 15, CENTRO
Rio De Janeiro-RJ
CEP 20031-205
20031-205