JÓSIMO FARIAS FILHO
OAB - CE 27751

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA ET EXTRA*

OUTORGANTE: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**, casado(a), padeiro, inscrito no CPF sob nº 045.454.303-41, portador do RG 2008294950-0, residente e domiciliado na Arraria, Próximo Ao Ipaguassu Mirin, 00, Bairro Zona Rural, Cidade de Massapê/CE, Brasil..

OUTORGADO: **JÓSIMO FARIAS FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.751, com endereço profissional na Rua Padre Fialho, 282, Sala – 03, Centro, Sobral - CE.

PODERES: O(s) outorgante(s) acima qualificado(s) nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) outorgado(s) supra qualificado(s) a quem habilita(m) e confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro em geral *por tempo indeterminado*, em qualquer instância ou tribunal, para defender os direitos do(s) outorgante(s) em qualquer feito, ação, justificação ou recurso em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es), réu(s), litisconsorte(s), assistente(s) ou terceiro(s) interveniente(s), inclusive os da cláusula *ad judicia et extra* e os especiais contidos no art. 105 do CPC, podendo inclusive *declarar a pobreza da Outorgante para fins de isenção de custas judiciais e eventuais despesas processuais*, além de poder também *receber*, *dar quitação*, *firmar compromisso e acordo*, transigir, desistir, renunciar, confessar, reconhecer a procedência do pedido, *receber alvará judicial*, receber citações e intimações administrativas e judiciais, podendo agir em Juízo ou fora dele, representando perante repartição(ões) pública(s) Federal(is), Estadual(is) e Municipal(is), especialmente perante qualquer agência bancária, podendo inclusive receber e sacar alvarás, tudo isto para o bem do(s) seu(s) direito(s) e interesse(s) agir em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes.

Sobral-CE, 28 de novembro de 2017.

José carlos machado

JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Rua Padre Fialho, 282, Centro, Sobral - CE
Tel.: (88) 3613-3131 (88) 9620-4417 (88) 9223-7340
fariasfilho23@hotmail.com

Scanned with CamScanner

JOSIMO FARIAS FILHO
OAB - CE 27751

Declaração de Pobreza

JOSE CARLOS CESAR MACHADO, casado(a), padeiro, inscrito no CPF sob nº 045.454.303-41, portador do RG 2008294950-0, residente e domiciliado na Arraria, Próximo Ao Ipaguassu Mirin, 00, Bairro Zona Rural, Cidade de Massapê/CE, Brasil, desejando pleitear em juízo, declara para todos os fins de direito, que é **pessoa pobre** nos termos do art. 4º da Lei n.º 1.060/50, art. 1º da Lei nº 7.115/83 e art. 5º, inciso LXXIV, da CF/88, requerendo, assim, os benefícios da Justiça Gratuita, já que não pode arcar com pagamento de custas processuais sem prejuízo de seu sustento próprio e de seus familiares.

Sobral-CE, 28 de novembro de 2017.

José Carlos Cesar Machado
JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Rua Padre Fialho, 282, Centro, Sobral - CE
Tel.: (88) 3613-3131 (88) 9620-4417 (88) 9223-7340
fariasfilho23@hotmail.com

Scanned with CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2008294950 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 14/08/2012

NOME: JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO

FILIAÇÃO: JOSÉ SEVERIANO MACHADO

MARIA IRACEMA MACHADO

DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1974

NATURALIDADE: MASSAPÊ - CE

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFICIO TERMO:1826 FOLHA:120 LIVRO:B-23 MASSAPÊ - CE

RG: ART: 2913486-94

P.: 120

CPF:

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

José carlos cesar machado

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
045.454.303-41

Nome
JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nascimento
15/11/1974

CÓDIGO DE CONTROLE
A60D.CF76.8A51.23CB

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:32:00 do dia 24/11/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned with CamScanner

2724138-6

enel

Rota 32 32135 01 015000 - 6

Nome MARIA FRANCINAR NERES SEVERINO

Data da Emissão 19/10/2017

End. Postal DT ARRAIAL 00000
MUMBABA - MASSAPE - 62140000

Medidor 11495154

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 027882573-76

Nome do Responsável

Posto 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2017	19/10/2017	18/11/2017

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

	Período Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	8,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC	7,55	15,13	30,25	0,00	0,00	0,00
DMIC	6,68			0,00		

Leit. Atual	Leit.Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
11607	11459	1.00	148	0.00	148	0.37975	56,20

	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	56,20
MULTA MORATORIA REF 07/2017	0,84
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,25
JUROS DO MES	

Scanned with CamScanner

Talão N. ____

Fls. N. ____

Estado do Ceará

República Federativa do Brasil

Cartório do Registro Civil

Estado do Ceará

Comarca de Maracanaú

Município de Maracanaú

Distrito de Sede

Francisco Evilásio Araújo Carvalho

Oficial do Registro Civil

Certidão de Casamento N. B-23

CERTIFICO que sob o n 1.826, às fls. 120, do livro B-23, do Cartório a meu cargo, consta lançado o termo de casamento civil, no regime de Comunhão Parcial de bens, realizado nesta cidade de Maracanaú, no dia 17 do mês de outubro do ano de 2002 (dois mil e dois), de José Carlos Cesar Machado e Maria Francineuza Neres Severino que passou a usar o nome de Maria Francineuza Neres Severino Machado.

ELE, brasileiro, soldeiro, agricultor, nascido em Maracanaú, Estado do Ceará, a quinze (15) do mês de novembro do ano de mil novecentos e setenta e quatro (1974), residente e domiciliado em Amaral - Estado do Ceará, filho de José Severiano Machado e de Maria Inacima Machado.

ELA, brasileira, costureira, agricultora, nascida em Maracanaú - Estado do Ceará, a onze (11) do mês de junho do ano de mil novecentos e oitenta e dois (1982), residente e domiciliado em Amaral - Maracanaú - Ceará, filha de Francisco das Chagas Severino e de Maria do Socorro Neres Severino.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180. do Código Civil Brasileiro.

OBSERVAÇÕES: Nada há

Selo de Autenticidade 10 Registral Casamento AA 045229

O referido é verdade; dou fé.

Maracanaú, 17 de novembro de 2002

O Oficial do Registro Civil

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 1378 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2017 10:25:40**
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 232 MASSAPE/IPAGUAÇUMIRIM**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **MASSAPE/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO**
Nascimento: **11/06/1982** CPF: **027.882.573-76**
RG: **2000031067914** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO NERES SEVERINO**
FRANCISCO DAS CHAGAS SEVERINO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 99467-0579**

Nome: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**
Nascimento: **15/11/1974** CPF: **045.454.303-41**
RG: **2008294950-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRACEMA MACHADO**
JOSE SEVERIANO MACHADO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 99467-0579**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVL4109** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi: **9BD178037T0101722** Renavam: **665060084** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/PALIO EL** Ano Fabricação: **1996** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE EDVAR DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **HXB4572** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi: **9C2KC08106R876751** Renavam: **879857277** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA LISTADA, QUE SE DESLOCAVAM DE MASSAPÊ PARA A LOCALIDADE DE ARRAIAL QUANDO PRÓXIMO DO IPAGUAÇU-MIRIM UM VEÍCULO COM FARÓIS APAGADOS SAIU DE UMA VIA TRANSVERSAL E ENTROU NA CE 232; QUE A

Scanned with CamScanner

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 1378 / 2017

VITMA E CONDUTOR DA MOTO NÃO TEVE COMO DESVIAR E TERMINOU COLIDINDO NO CITADO VEÍCULO; QUE AS VITIMAS NÃO SABE DETALHES DO AUTOMÓVEL, APENAS QUE ERA DE COR VINHO, QUE O CONDUTOR DA MOTO TRAZIA SUA ESPOSA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO; QUE AS VITIMAS NECESSITARAM SEREM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL OU SEJA, VIERAM PARA O HOSPITAL DE MASSAPÊ E EM SEGUIDA TRANSFERIDOS PARA SANTA CASA EM SOBRAL; QUE A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA CABEÇA E NO ROSTO, ALÉM DE OUTRAS ESCORIAÇOES PELO CORPO, TENDO FRATURADO O NARIZ E NECESSITOU SER SUBMETIDO A PROCESSO CIRÚRGICO; QUE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 11/11/2017; QUE VITIMA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO SOFREU UMA PANCADA NA CAREÇA, FERIMENTO NA FACE PRÓXIMO AO OLHO DIREITO, ESCORIAÇÕES SEVERAS NO OMBRO BRAÇO DIREITO, PERNA DIREITA E NAS MÃOS, PORÉM NÃO FICOU INTERNADA, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DO VEICULO, QUE ESTE BO É COM FINS DO SEGURO DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Francimar Neres Severino Mac

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-

José carlos cesar machado

DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

Pág. 2 de 2

Impresso em: 29/11/2017 09:07:33

MUNICÍPIO DE MASSAPÊ
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR OZIRES PONTES

ATENDIMENTO MÉDICO

ANESE E EXAME FÍSICO: HORÁRIO DO ATENDIMENTO: _____

Paciente refere acidente de moto(sic), apresenta ferimentos em face, com lesão ocular, escoriações e escoriações pelo corpo.

NÓSTICO: Trauma facial extenso

UTA: Ringer 1000ml EV
transferência para avaliação por traumatologia na SCMS.

Dr. Cosme Barros de O. Lima
CRM-CE
CRECE 10598

NATURA E CARIMBO MÉDICO

19:45
Hermesson Sampaio
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 146.183

PROFISSIONAL ENFERMAGEM - COREN

no do Atendimento:

ação [ ]; Alta [ ]; Encaminhar para o CSF [ ]; Óbito [ ]; Observação [ ]; Transferência: [ ]
tificar) _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rua do Cruzeiro, S/N – Cohab – Massapê/Ce
CEP:62140-000 – Telefone: (88) 3643.1137

Scanned with CamScanner

Prefeitura de MASSAPÊ
Secretaria Municipal de Saúde

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSAPÊ
SECRETARIA DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

01. Preencha esta ficha em 3 vias
02. Ao remeter o paciente ao Hospital, mantenha 2 vias na unidade, o paciente deve ir com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HSOP
Distrito Sanitário: Município:

Nome: José Carlos (de Sá) Feliz Machado Prontuário Nº
Sexo: M [X] F [ ] Data de Nascimento: / / Ocupação:
Endereço: Bairro: Tel.:

Motivo do Encaminhamento: Paciente Vítima de Acidente de moto com múltiplos traumatismos, com traumatismo grave na coluna cervical
Resultado de Exames: não está portado.

Consulta já realizada:
Impressão Diagnóstica: traumatismo Exposição Óssea (TCE2)
Dr. Carlos Diogo de O. Lima
CRM 8298
03.11.17
Assinatura do Encaminhante-Nº Registro: Função Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [ ] Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Profissional: Traumatologia
Unidade de referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCME
Município: Sobral Prontuário Nº: 221287 Alta 27/11

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal CID
Secundário 1 CID
Secundário 2 CID

Plano de Conduta para seguimento:

O paciente justificou a referência? Sim [ ] Não [ ] O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim [ ] Não [ ]

Assinatura do Encaminhante - ID Funcional Função Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ATEND.: 5014158 DT. ATEND.: 3/11/2017 - 21:41
PRONT.: 221287 NASCIMENTO.: 15/11/1974
NOME...: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
MAE....: MARIA DALDEN MACHADO
CPF....: 04454320391 CIDT SUSPACIL:
EMBAL.: ANUAL 6
DATRON: DIGITAL
HSOPE
CEP: 62110000
40000

QP:
HDA: Pts Vítima de Acid. moto x carro, sem capacete, A pun
B sup
C mandíbula, intubado
D GLW 3/5
E Trauma de pun com
lesão extensa

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO INICIAL: Politrauma

CONDUTA: Transfer

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL:

Scanned with CamScanner

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

Nº PRONTUÁRIO

LEITO:

NOME:

SETOR: ENFERMARIA:

DATA	
03/11/17	

Jardim Santinho
Cirurgião-Dentista
CRO-CE 2670

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Lucia do Nascimento
Agnaldo R. Montenegro
COORDENADORA

PLANO TERAPEUTICO

Clínica: Enf.: Leito: Mat.: Reg.: Peso: Altura:

Nome: JOSE CARLOS CEZAR NICHIRO
Data: 06/11/17

HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

QP:

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito, ma-
sculino, em braço esquerdo, membro de-
Internado cirúrgico

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Aparecida R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Lesão Extensa no Braço

CONDUTA: Procedimento Cirúrgico

Antonio Apostolo Moura
Médico
CREMEC: 3436

DIAGNÓSTICO FINAL:

DATA: / / Hora: Ass./CRM:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Ficha de Internação Hospitalar

Plástica

DADOS DO PACIENTE

921287
JOSE CARLOS CESAR MACHADO
MASCULINO
15/11/1974
MARIA IRACEMA MACHADO
JOSE SEVERIANO MACHADO
SOLTEIRO
ARRAIAL
DISTRITO
MASSAPE
992457670

CPF : 04545430341
Idade.: 42a 11m 20d
Cor.....: PARDA
CNS...:
Nº 0
CEP.: 62140-000
UF....: CE

DADOS DO RESPONSAVEL

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento.: 5014158 Atendente.: THALYSSON_ALB
03/11/2017 Hora.....: 21:41 Permanência.: 0 Dias
0415030012 – TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
ADERBAL BEZERRA MARTINS
UI EMERGENCIA ADULTA
LEITO 1-1 EMERG. ADULTA
SUS - SIH
1

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Aparecida R. Montenegro
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Ficha de Alta Hospitalar do Paciente

Página: 01
Emitido por: RITA_CHAVES
Em: 07/11/2017 14:49

Atendimento: 5014158

Atendimento: 03/11/2017 - 21:41 Alta: 07/11/2017 - 14:49

Paciente: 921287 JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Serviço: 8 CIRURGIA PLASTICA REPARADO Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 493 LEITO 7-8 - ONCOLOGIA Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 51 PERMANENCIA POR RECIDIVA Usuário: RITA_CHAVES

CID: 197 [illegible]

Diagnóstico de Alta 0415030013 - [illegible] POLITRAUMATIZADO

Observação da Alta

RITA DOS SANTOS CHAVES

Scanned with CamScanner

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Cristóvam do Mesh, 519 - Fone: 3677.1000 - Sobral-CE

Boletim de Cirurgia (Preencher todos os campos após a cirurgia - letra bem legível)

NOME DO PACIENTE: João Paulo Costa Moreira

DIAGNÓSTICO: Trauma contuso de face e tórax

OPERAÇÃO: Devolvendo o [illegible] e [illegible]

01	MATERIAL DE SALA	TIPO	CALIBRE	QUANT.

Atendimento: 3720972

Nº DA AIH

REG.:

CÓDIGO CID

CONVÊNIO | CONTRATO | CÓDIGO

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1. MEDIANA 2. PARA-R
3. TRANSV. 4. OBLIQ.
5. TORÁC. 6. OUTRAS
7. PERINE 8. INCISÕES

INÍCIO | TERMINO

DIA | MÊS | ANO

05	MEDICAMENTOS DE SALA	TIPO	DOSAG.
	Anestesia		
	11 Cabrina 21 [illegible]		
	[illegible]		

Dr. Andy Nacks de Oliveira
CRM-CE 7.[illegible]

74	OXIGÊNIO		
MÉDIA HORAS	TEMPO HORAS	TOTAL DE HORAS	Assi. da Enfermeira

Assi. da Enfermeira

DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

1. Prot em 30
2. Drenagem + antibioterapia + curativos
3. Medicação:
- Dipirona [illegible] endovenosa
- Neosinefrina [illegible]
- Ro ventilação assistida
- Propofol [illegible] + [illegible]

Jordão Gurgel
Cirurgião Geral
CRM 7.[illegible]

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Anestesista - Carimbo

Anestesista - Carimbo

Scanned with CamScanner

Página.: 1/2
Emitido Por: JOSE.MAURO
Data....: 04/11/2017

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

1ª VIA

PRESCRIÇÃO..: 1780513 DATA: 04/11/2017 09:32
USUÁRIO.....: JOSE.MAURO
ATENDIMENTO: 5014158 DT NASC: 15/11/1974 (42A 11M 21D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 921297 - JOSE CARLOS CESAR MACHADO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO..: 03/11/2017 21:41 1 DIAS(S) INT
MEDICO.....: ROSANA BEZERRA MARTINS SERVIÇO: OUTROS SERVIÇOS COBERTURA: OBSERVACAO ADULTA
UNID. INT..: UI EMERGENCIA ADULTA LEITO..: LEITO 1-1 EMERG. ADULTA CICLO...: /
LTD.....: TOT TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

JOSE CARLOS MACHADO, 42 ANOS, 1 DIH POR POLITRAUMA

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, REFERE DOR EM FAGE, NEGA FEBRE NEGA NAUSEAS E VOMITOS, SEM SE ALIMENTAR, DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES, BOA CONCILIAÇÃO SONO/VIGILIA.

/ O EXAME
/ BG, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
/ CP: FISIOLOGICO
/ BD: INCONTIL
/ XT: PPP SEM EDEMA

/ DAO CC AOS CUIDADOS DA PLASTICA

5014158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Acl	Frequência	Data Horários
1 DIETA ZERO	1					[04/11] 09:32

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Acl	Frequência	Data Horários
2 RINGER COM LACTATO 500ML Obs.: 10 gts/min	4	FRASCO		EV	ACM	500 500 500 50
C.C. CEFALOTINA 1G - TO Justificativa: profilaxia Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%. INFUNDIR EM 10 MINUTOS.	1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[04/11] 10 . 14 . 18 . 22 [05/11] 02 . 06
/-> SORO FISIOLOGICO 0,9% FR. 100ML	1	FRASCO				
/-> EQUIPO PARA SORO	1	UNJ				
/-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
/-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK	1	UND				
4 C.C. DIPIRONA - TO Obs.: DILUIR EM 20ml de AD	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[04/11] 12 . 18 [05/11] 00 . 06
/-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA				
/-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
/-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND				

Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Adcreia R. Mostenegro COORDENADORA

5017188

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA
1 DIETA LIVRE

ANTIMICROBIANOS
C.C. GENTAMICINA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa: profilaxia
/-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
/-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS
1 RINGER COM LACTATO 500ML
Obs.:
C.C. CEFALOTINA 1G - TO
Justificativa: profilaxia
/-> EQUIPO PARA SORO
/-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
/-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK
C.C. DIPIRONA - TO
Obs.:
/-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
/-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

DESLUTIDAO PREJUDICADA
1 CUIDADOS GERAIS

Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Adcreia R. Mostenegro COORDENADORA

Scanned with CamScanner

CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento Hospitalar
Sistema de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 921287
Paciente: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Sexo: MASCULINO
Dt. Nasc.: 15/04/1974
Mãe: MARIA IRACEMA MACHADO
Pai: JOSE SEVERIANO MACHADO
Est. Civil: SOLTEIRO
Endereço: ARERIAL
Bairro: DISTRITO
Cidade: MISSAPE
Fone: 992487870
CPF: 04635430341
Idade: 42a 11m 24d
Cor: PARDA
CNS: 706600322281391
Nº: 0
CEP: 62140-000
UF: CE

DADOS DO RESPONSAVEL

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento: 5017166 Atendente: CLERSON
Data: 07/11/2017 Hora: 15:30 Permanência: 3 Dias
Procedimento: 0403010055 DEBRIDAMENTO DE ULCERA, DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Médico: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Unidade: 14 - UI ONCOLOGIA
Leito: 14 - LEITO 13 - ONCOLOGIA
Convênio: SUS - SIH
Tipo de Alta: 1 - ALTA MELHORADA

Santa Casa de M. da Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Jeraldo R. Montenegro
SUBDIRETOR

Página: 1/1
Emitido por: JUVENAL
Em: 11/11/2017

CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Guia Alta Hospitalar do Paciente

Atendimento: 5017166
Dt. Atendimento: 07/11/2017 - 15:30 Dt. Alta: 11/11/2017 - 14:18
Paciente: 921287 JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Serviço: 38 - OUTROS SERVIÇOS Convênio: 1 - SUS - SIH
Leito: 400 - LEITO 13 - ONCOLOGIA Plano: 1 - SUS - SIH
Tipo de Alta: 1 - ALTA MELHORADA Unidade: JUVENILDE
CID: 9925 - LESAO NAO CLASSIFICADA DA CABECA E PARTE
Procedimento Realizado: 0403010055 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA, DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Observação de Alta:

2ª VIA

PRESCRIÇÃO Nº 5.0

MICROBIANOS
CEFTRIAXONA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa:
1 - AGUA BIDESTILADA 10ML AMPOLA
1 - AGULHA DESCARTAVEL 40X12
2 AMPOLA
1 UNIDADE

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS
RINGER COMLACTATO 500ml
1 UN

CEFALOTINA 1G TO
Justificativa:
1 - EQUIPO PAPA SORO
1 - AGULHA DESCARTAVEL 40X12
1 - SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK
1 UNIDADE
1 AMPOLA
1 - AGUA BIDESTILADA 10ML AMPOLA
1 - AGULHA DESCARTAVEL 40X12

DESGLUTICAO PREJUDICADA
1 - IDADOS GERAIS

Santa Casa de M. da Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Jeraldo R. Montenegro
SUBDIRETOR

Scanned with CamScanner

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Unidade
Prontuário de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por:
Data:

DATA: 11/11/2017 08:02

5017166

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA
DIETA LIVRE

ANTIMICROBIANOS
C.C. CEFTRIAXONA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa:
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS
C.C. CEFALOTINA 1G - TO
Justificativa:
|-> EQUIPO PARA SORO
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOUK
C.C. DEXTRONA TO
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

DEGLUTICAO PREJUDICADA
CUIDADOS GERAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[11/11] 08:00
1	FRASCO AM		EV	12X12 HOR	
2	AMPOLA				
1	UNIDADE				
4	FRASCO	SN	Apl	Frequência	Data Horários
			EV	ACM	
1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[11/11] 10 14 18 [12/11] 02 06
1	UND				
1	UNIDADE				
1	UND				
1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[11/11] 12 18 [12/11] 00 06
1	AMPOLA				
1	UNIDADE				

Santa Casa de M. de Sobral
CSAUE
CONFERE COM ORIGINAL
Gabriela R. Montenegro
COORDENADORA

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
CRM: 5430

Antonio Agostinho Moura
CIRURGIÃO
CREMEC 5430

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
UNIDADE FILANTRÓPICA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antônio Cândido de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1935 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: atendsaude@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.252-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que [illegible]

Necessita de 30 (trinta) dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido: [illegible]

C.I.D.

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5.430 - RQE 5.175

Sobral, 04 / 11 / 2017

Assinatura do Médico e Carimbo

Scanned with CamScanner

6017166

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

ANTIMICROBIANOS

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

DEFLUTICAO PREJUDICADA

CUIDADOS GERAIS

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
CRM: 5430

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Cândeiro de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1909
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____

Necessita de _____ dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido: _____

C.I.D. _____

Sobral, 04 / 11 / 2017

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5.430 - RQE 5.175

Assinatura do Médico e Carimbo

Scanned with CamScanner

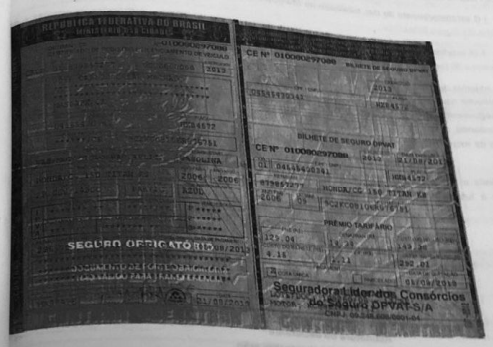
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Carlos Leon Machado, RG nº 3008384350-0, data de expedição 14/02/72, Orgão SSP, portador do CPF nº 045.454.303-44, com domicílio na cidade de Marabá, no Estado de Pará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pará, nº S/N, complemento —, Bairro Anexial / Morada Nova, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima o genitor declarante, cujo o condutor era o genitor declarante.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2006
Placa: HBA 4572
Chassi: 9C2AC07062R072757
Data do Acidente: 03/11/2017
Local e Data: Marabá, PA de Abril de 2018

José Carlos Leon Machado
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Scanned with CamScanner

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Carlos Cesar Machado, portador da carteira de identidade nº 2003394550-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.680.573-76 residente e domiciliado na RT Arsenal Manaíra - S/n, Cidade Manaus, 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:

(X) Não ha 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 pericia medica às custas da Seguradora Lider 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 pericia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Carlos Cesar Machado

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Manaus, 10 de Abril de 2018

Local e data

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

NOME DO(A) CARLOS CESAR MACHADO

PORTADOR(A) DO RG Nº 2003394550-0 EXPEDIDO POR SSP

CPF 009.680.573-76 /CNPJ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS CESAR MACHADO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

E RENDA MENSAL DE R$ _____ PROFISSÃO _____ EM 14 / 03 / 18

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, entre seus documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

A evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta Salário e/ou benefício – nos documentos apareceram termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiario/vitima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancarios);
- CPF do benefiário/vitima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vitima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3085-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25 643 - 8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

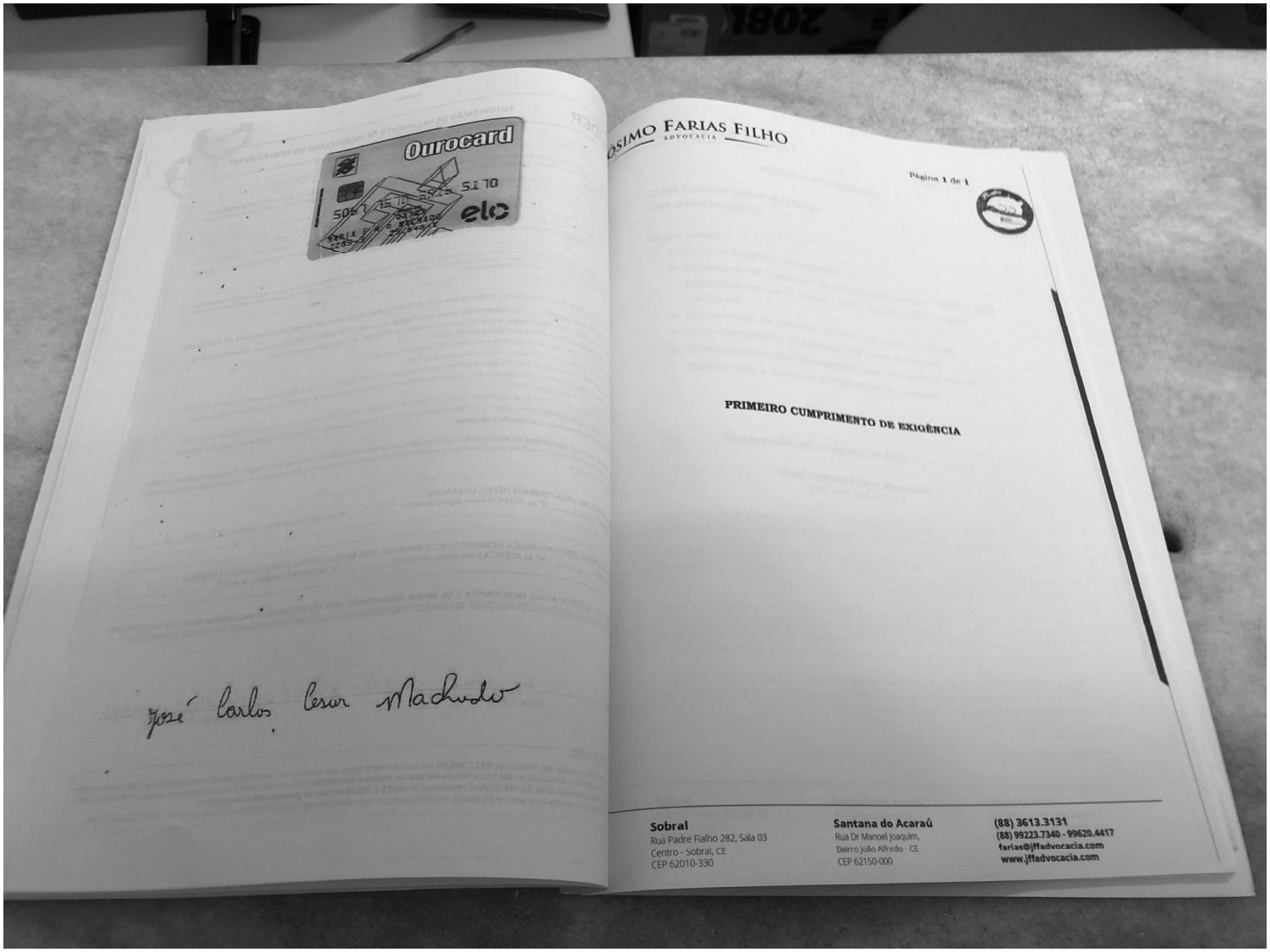
Manaus, 10 de Abril de 2018
LOCAL E DATA

José Carlos Cesar Machado
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0121284.

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

SINISTRO Nº 3180298992

JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO
CPF 045.454.303-41

Segue Anexo:

1- Carta de Exigência Documental;
2- Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT para pagamento em conta: Banco – 104 / Agência 0554 / Conta 290.214-6;
3- Comprovante de abertura de conta em nome da vítima;
4- Novo comprovante de endereço em nome da esposa;
5- Novamente certidão de casamento para comprovar vínculo familiar com a titular do comprovante de endereço.

Massapê-CE, 02 de Agosto de 2018.

JOSÉ CARLOS CÉSAR MACHADO
CPF 045.454.303-41

Scanned with CamScanner

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nº Sinistro: 3180298992

Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO,** onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00000000 - carta_03 - INVALIDEZ

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE CARLOS CESAR MACHADO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3008284290-0

CPF 0 4 5 9 8 4 3 0 3 4 1 EXPEDIDO POR SSP

E RENDA MENSAL DE R$ 700,00 /CNPJ _____ EM 14/03/78 E

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS CESAR MACHADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO PROFISSÃO PADEIRO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS. _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME. ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta POUPANÇA operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 704 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0554 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 930.374-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MASSAPÊ, 37 de JULHO de 2018
LOCAL E DATA

José carlos cesar Machado
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022-1204.

Scanned with CamScanner

Loterias CAIXA

LOTERIA ECONOMICA FEDERAL
HORAS: terças de Segunda-feira a sábado. Após
205-678789816-9
HORA DF 13:58:53
TERM 05513G
24/11/2018
CONTROLE: 205404045
CONCURSO: 5.912SAB-C
LOCALIDADE: MAGAPE
CAD. VINCULADA: 0054
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL
NOME: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
AGENCIA: 0054
OPERACAO: 013
CONTA-DV: 000.000.220.214-6
DATA DA ABERTURA: 24/07/2018
LOTERIAS CAIXA
205-678789816-9
1ª VIA

Loterias CAIXA

2724138-6

ariel

Nome: 32 32135 01 015000 - 6
End. Prop: MARIA FRANCINAR NERES SEVERINO
DT.ARRAIAL 00000
Medidor: HAMBAAL 00000
Cliente: 31495154 MAGAPE 62140000
RG / CPF / CNPJ: RURAL 10-RESIDENCIA RURAL HONOF 0000 0000
Nome do Responsável: 27882573-76
Data de Emissão: 17/07/2018
Data de Apresentação: 18/06/2018
Data de Vencimento: 17/07/2018
Valor do Imposto: 85,42

VALOR CONSUMO DO MES 64,64
MULTA MORATORIA REF 03/2018 0,93
JUROS DO MES 0,35
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 2,12
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 5,46) 18,50

17/07/2018

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia
Transmissão
Distribuição
Encargos Setoriais
Tributos (ICMS PIS/COFINS)
Total 2,56

HISTÓRICO DE CONSUMO 85,42

Consumo Kwh Média Kwh/Dia
Bandeira Vermelha

64,64 0,00 Consumo Kwh Consumo Kwh/Dia Consumo Ecológico (kWh)

Prezado Cliente, não se autorrelique. A religação a revelia da distribuidora embora seja mais em conta, sem cobrança do custo administrativo de religação (art. 175 c/c art. 131 Resol.414/2010 - Aneel).

Consta desta fatura R$ 5,92 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,00%

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 com custo de 5,00 reais a cada 100kwh consumidos. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:
Data de Emissão: 2724138-6
Nº da Nota Fiscal: 18/06/2018
529523430
Referência:
Turno a Pagar (MM): Jun/2018
Nº de Controle:
85,42
00002724138 00175 39882 97
83800000000-9 85420031008-3 00027241380-1 01753988288-6

Scanned with CamScanner

Fls. N. ___

Talão N. ___

República Federativa do Brasil

Cartório do Registro Civil

Estado do Ceará

Estado do Ceará — Município de Maracanaú

Comarca de Maracanaú — Distrito de Sede

Francisco Eubário Araújo Carvalho
Oficial do Registro Civil

Certidão de Casamento N. B-23

CERTIFICO que sob o n. 1826, às fls. 120, do livro B-23, do Cartório a meu cargo, consta lançado o termo de casamento civil, no regime de comunhão parcial de bens, realizado nesta cidade de Maracanaú, no dia 17 do mês de outubro do ano de 2002 (dois mil e dois), de José Carlos Cesar Machado e Maria Francinildar Neris Severino, que passou a usar o nome de Maria Francinildar Neris Severino Ma. sendo ELE lavrador, solteiro, agricultor, a quinze (15) do mês de novembro do ano de mil novecentos e setenta e quatro (1974), residente e domiciliado em Arrasal - Estado do Ceará, filho de José Severiano Machado e de Maria Trocina Machado. ELA lavradora, solteira, agricultora, a onze (11) nascida em Maracanaú - Estado do Ceará, a ___ do mês de junho do ano de mil novecentos e setenta e dois (1972), residente e domiciliado em Arrasal - Maracanaú - Ceará, filha de Francisco dos Chagas Severino e de Maria do Socorro Neris Severino.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180, do Código Civil Brasileiro.

OBSERVAÇÕES: Nada há

Selo de Autenticidade — Válido — Selo de Autenticidade — Registro Civil — AA 045229

O referido é verdade; dou fé.

Maracanaú, 17 de novembro de 2002

OSIMO FARIAS FILHO
ADVOCACIA

Página 1 de 1

SEGUNDO CUMPRIMENTO DE EXIGÊNCIA

Sobral
Rua Padre Fialho 282, Sala 03
Centro - Sobral, CE
CEP 62010-330

Santana do Acaraú
Rua Dr Manoel Joaquim,
Bairro João Alfredo - CE
CEP 62150-000

(88) 3613.3131
(88) 99223.7340 - 99620.4417
farias@jfladvocacia.com
www.jfladvocacia.com

Scanned with CamScanner

SINISTRO Nº 3180298992

JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO
CPF 045.454.303-41

Segue Anexo:

1- Carta de Exigência Documental;
2- Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT para pagamento em conta: Banco – 01 / Agência 4272-2 / Conta 28.545-5;
3- Comprovante de abertura de conta em nome da vitima;

Massapê-CE, 15 de Outubro de 2018.

JOSÉ CARLOS CÉSAR MACHADO
CPF 045.454.303-41

Sobral
Rua Padre Fialho 282, Sala 03
Centro - Sobral, CE
CEP 62010-330

Santana do Acaraú
Rua Dr Manoel Joaquim,
Bairro João Alfredo - CE
CEP 62150-000

(88) 3613.3131
(88) 99223.7340 - 99620.4417
farias@jffadvocacia.com
www.jffadvocacia.com

Scanned with CamScanner

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nº Sinistro: 3180298992
Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento Infor. Incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13399388

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

NOME DO BENEFICIÁRIO(A) JOSE CARLOS CESAR MACHADO

CPF 049.545.430-49 RG Nº 200828458500 EXPEDIDO POR SSP

RENDA MENSAL DE R$ 1.055,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS CESAR MACHADO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a formular cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00 (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 07 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4872-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.545-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MESQUITA, 15 de OUTUBRO de 2018 — José carlos cesar machado

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos/à legítimo/à beneficiário/à, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de Invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022 12 04.

Scanned with CamScanner

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 4272-2 - DOM JOSE (CE), inscrita no CNPJ nº 000.000/5352-06, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: JOSE CARLOS CESAR MACHADO, inscrito(a) no CPF sob o n.º **045.454.303-41**, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de MASSAPE CE, nascido(a) em 15/11/1974, filho(a) de JOSE SEVERIANO MACHADO e MARIA IRACEMA MACHADO, portador(a) do(a) carteira de identidade n°. 20082949500, emitido(a) em 14/08/2012, pelo(a) SSPDS/CE, vendedor pracista e caixeiro viajante, endereço residencial: DT ARRAIAL 00000 DISTRITO MUMBABA, MASSAPE - CE , CEP 62.140-000 , telefone(s) (88) 99212-5584, casado(a)-comunhão parcial com MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO, CPF nº 027.882.573-76.

Dados da conta

Agência 4272-2 conta-corrente n.º 28.545-5, poupança ouro n.º 510.028.545-8, poupança poupex n.º 960.028.545-X, conta individual, aberta em 17.09.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se** ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras

ÓSIMO FARIAS FILHO
ADVOCACIA

TERCEIRA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Sobral
Rua Padre Fialho 282, Sala 03
Centro - Sobral, CE
CEP 62010-330

Santana do Acaraú
Rua Dr Manoel joaquim,
Bairro João Alfredo - CE
CEP 62150-000

(88) 3613.3131
(88) 99223.7340 - 99628.4417
farias@jffadvocacia.com
www.jffadvocacia.com

Scanned with CamScanner

Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

30

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nº Sinistro: 3180298992

Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi ***interrompido*** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

***Caso* a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13574438

Scanned with CamScanner

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Massapê
1ª Vara da Comarca de Massapê
Rua Prefeito Beto Lira, S/N, Centro - CEP 62140-000, Fone: (88) 3643-1324, Massape-CE - E-mail: massape1@tjce.jus.br

31

DESPACHO

Processo nº:	**0000534-97.2018.8.06.0121**
Classe:	**Procedimento Comum**
Assunto:	**Seguro**
Requerente	**José Carlos César Machado**
Requerido	**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

Recebidos hoje.

Defiro a gratuidade judiciária.

Designe audiência de conciliação (NCPC, art. 334).

Fica a parte autora intimada na pessoa do seu advogado (CPC, art. 334, § 3º).

Cite-se e intime-se a parte ré (CPC, art. 334, parte final).

Ficam as partes cientes de que o comparecimento, acompanhado de advogado, é obrigatório e que a ausência injustificada caracteriza ato atentatório à dignidade da justiça a ser sancionado com multa (CPC, art. 334, § 8º). As partes, no entanto, podem constituir representantes por procuração específica, com poderes especiais para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10).

Em não havendo autocomposição, o prazo para contestação, de 15 (quinze) dias (NCPC, art. 335, caput), terá início a partir da audiência ou, se o caso, da última sessão de conciliação (NCPC, art. 335, I).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344).

Expedientes necessários.

Intime(m)-se.

Massape, 29 de janeiro de 2019.

Antônio Edilberto Oliveira Lima
Juiz de Direito

Scanned with CamScanner

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Massapê
Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
Rua Prefeito Beto Lira, S/N, Centro - CEP 62140-000, Fone: (88) 3643-1324, Massape-CE - E-mail: massape1@tjce.jus.br

CERTIDÃO DE DESIGNAÇÃO DE SESSÃO DE CONCILIAÇÃO

Processo nº:	**0000534-97.2019.8.06.0121**
Classe:	**Procedimento Comum**
Assunto:	**Seguro**
Requerente:	**José Carlos César Machado**
Requerido:	**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

CERTIFICA-SE que se designou sessão de conciliação para o dia 28/05/2019, às 16h . O referido é verdade. Dou fé.

Massape/CE, 06 de fevereiro de 2019.

Larissa Gomes Lourenço
Estagiária – Mat. 41832

Scanned with CamScanner

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Massapê
1ª Vara da Comarca de Massapê
Rua Prefeito Beto Lira, S/N, Centro - CEP 62140-000, Fone: (88) 3643-1324, Massape-CE - E-mail: massape1@tjce.jus.brMassapê

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº:	**0000534-97.2018.8.06.0121**
Classe – Assunto:	**Procedimento Comum - Seguro**
Requerente:	**José Carlos César Machado**
Requerido:	**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

Prezado(a) Senhor(a) Representante Legal da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr. Antônio Edilberto Oliveira Lima,** Juiz de Direito respondendo pela 1ª Vara da Comarca de Massapê, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria para compor a lide e contestar a presente ação, bem como a **INTIMAÇÃO** para comparecer a audiência de **Conciliação** marcada para o dia **28/05/2019**, às **16h**, a ser realizada na CEJUSC, no Fórum Dr. Luiz Carlos Magalhães Aguiar, sito na Rua Prefeito Beto Lira, s/n, Centro, Massapê-CE, podendo a parte constituir representante por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir (art. 334, §10, CPC) e advertindo-se que o prazo contestatório de 15 (quinze) dias úteis contar-se-à na forma do art. 335 do mesmo Código, tudo sob pena de revelia e presunção de veracidade dos fatos afirmados pela parte autora no pedido inicial.

Fica Vossa Senhoria advertido(a) que o não comparecimento injustificado à audiência será considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa revertida em favor da União ou do Estado, conforme art. 334, §5º e 8º do Código de Processo Civil.

Massapê/CE, 09 de abril de 2019

MARIA DO SOCORRO DE SOUSA
Supervisora de Unid. Judiciária Substituta

Representante Legal:
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20.031-205

Scanned with CamScanner

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0018/2019, encaminhada para publicação.

Advogado
Josimo Farias Filho (OAB 27751/CE)

Forma
D.J

Teor do ato: "INTIMAÇÃO: Fica Vossa Senhoria devidamente INTIMADA para comparecer à Sala de audiências do CEJUSC, no Fórum Dr. Luiz Carlos Magalhães Aguiar, sito na Rua Prefeito Beto Lira, s/n, Centro, Massapê-CE, para audiência de conciliação, designada para o dia 28/05/2019, às 16h., devendo ser observada a regra contida no art.334, §3º do Novo Código de Processo Civil, (...). A ausência injustificada da parte autora implicará no arquivamento do processo (LJE, art. 51, I). Massapê-CE, 09 de abril de 2019 - Dr. Antônio Edilberto Oliveira Lima- Juiz de Direito Respondendo."

Do que dou fé.
Massapê, 16 de abril de 2019.

Diretor(a) de Secretaria

Scanned with CamScanner