



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:

<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912402823500000008243772**

ID do documento: **8440424**



18082912402823500000008243772

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA
CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, do lar, portadora do RG nº. 9901202422 SSP/CE, inscrita no CPF sob o nº. 658.804.043-15, residente e domiciliada na Rua CMD Garcia 1752, Pq São José, CEP 60730-155, Fortaleza, Ceará, vem à presença de V. Excelência, por seus patronos, com escritório profissional situado na Avenida Dom Luís, nº 176, sala 808, Aldeota, Fortaleza, Ceará, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** (CNPJ n. 09.248.608/0001-04, e sede na Rua Senador Dantas, 74 – 5º. Andar, centro, rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205), pois a mesma é a representante de TODAS seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015), bem como, é a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, com base na lei nº 6194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.495/2009 e demais dispositivos legais que rege a espécie, pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Preliminarmente, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA por ser pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo dos próprios sustentos e de sua família, tudo com base no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal/88, bem como nos ditames estabelecidos pela Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, o que pode ser feito mediante simples afirmação na própria petição inicial (art. 4º, caput).

DOS FATOS E DO DIREITO

O(a) requerente no dia **25 de setembro de 2014**, sofreu um acidente de trânsito, quando foi acidentada quando estava na garupa da moto Yamaha/Facton YBR 125 – PLACA OSL 7941 COR ROXA ANO 2013, de sua propriedade. Na ocasião a autora estava com seu companheiro valdemir Feitosa dos Santos, o condutor, quando um veículo Mitsubishi de placa HWH-9213 avançou a preferencial e colidiu na moto em que estava, tendo recebido atendimento médico no IJF, onde foi constatado as lesões decorrentes do acidente, conforme faz prova com o Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica, em anexo.

Após o fatídico acontecimento o(a) requerente de posse de toda a documentação exigida por lei requereu junto uma das seguradoras integrantes do consorcio DPVAT pedido de indenização, sendo que após a entrega de toda a documentação por lei exigida o(a) requerente foi surpreendido ao tomar conhecimento que seu pedido de indenização não fora indenizado sob alegativa de que o(a) autor(a) NÃO ERA PORTADOR(A) DE SEQUELAS PERMANENTES em decorrência do acidente. Ocorre Excelência, o(a) requerente juntou TODA documentação exigida por Lei conforme segue em anexo a este petitório, além do fato do(a) mesmo(a) ser portador(a) de sequelas permanentes em decorrência do acidente, o que restará provado por ocasião da realização da perícia médica judicial, caso seja necessário.

No presente caso, o(a) requerente ficou com debilidade permanente parcial, ou seja, de acordo com a tabela anexa a lei 11.945/2009 a indenização da

parte autora poderá atingir o limite de **ATÉ 100% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** quanto ao valor efetivamente (o)a autor(a) terá direito a parte autora somente a perícia médica vai constatar, uma vez que o autor(a) é portador de seqüela parcial.

A tabela do DPVAT advinda com a Lei nº. 11.945/2009 estabelece que em casos como o da parte autora o valor da indenização poderá chegar ao patamar de **ATÉ 100% (cem por cento)** do valor previsto na referida Lei, o que equivale a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** de acordo com a tabela abaixo:

DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI	PERCENTUAL	TOTAL	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
	PERDA (%)	(100%)				
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores							
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho							
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo							
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral							
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão							

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço						

O STJ publicou a súmula 474 em 13.06.2012, a qual determina que em caso de invalidez permanente parcial, a indenização do seguro DPVAT deve ser paga de forma proporcional ao grau de invalidez da vítima.

Portanto, não tendo o(a) requerente **recebido nenhuma indenização**, este(a) **tem direito a receber quantia de acordo com sua lesão/invalidez permanente que será apurada em momento oportuno por perito judicial indicado por este juízo podendo o valor da condenação atingir o limite de ATÉ 100% (cem por cento)** do valor previsto para o seguro obrigatório DPVAT, o que corresponde a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** nos termos da Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.495/2009.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADO RÉ

A responsabilidade pelo pagamento da indenização referente ao seguro DPVAT pago parcialmente, por invalidez de vítima causada por veículo automotor de via terrestre, é da seguradora que efetuou pagamento parcial, ou de qualquer uma que pertença ao Consórcio, existindo, inclusive enunciados nesse sentido:

“Enunciado 26: O Beneficiário do seguro Obrigatório (DPVAT) pode postular de qualquer seguradora integrante do convênio (resolução SUSEP–CNSP n.º 56/2001) o complemento de indenização paga a menor, ainda que o pagamento anterior tenha sido efetuada por seguradora diversa–Turma Recursal–TJPR”.

No mesmo sentido o STJ: “SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Procedente. Recuso conhecido e provido. (REsp. 401.418/MG, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR, QUARTA TURMA, julgado em 23.04.2002, DJ 10.06.2002, p. 220) ”

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, **tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.**

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:

“Art. 22 - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e aos de sucumbência.”

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexos com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional dos patronos desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 20 do CPC, assim verbis:

Art.20 - A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e **os honorários advocatícios (...)**

§1º - O juiz, ao decidir qualquer incidente ou recurso, condenará nas despesas o vencido. (Alterado pela L-005.925- 1973)

(...)

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925- 1973)

§ 4o-“Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação eqüitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)

a) O GRAU DE ZELO DO PROFISSIONAL;

Por ter laborado em nome da dignidade da pessoa humana, por rebater a avareza da Seguradora Requerida, de todas as formas em direito admitidas, com muito zelo, modestamente requer-se que a Requerida seja condenado no pagamento de honorários advocatícios.

Contudo, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, § 3º, ou seja, entre 10% a 20%, caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo permitido em lei, ou seja, o máximo permitido em lei é de R\$ 13.500,00, portanto, a metade é de R\$ 6.750,00, aplicando assim, o parágrafo 3º do art. 20, que assim prevê:

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925- 1973)

Porém, caso o valor a ser indenizada à parte autora, não ultrapasse a metade do valor máximo permitido em lei, o que torna pequeno o valor, requer a aplicação do parágrafo 4º do art. 20, que assim prescreve:

§ 4o-“Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação eqüitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)

Esse dispositivo existe no Código de Processo civil, para evitar que honorários os honorários sejam irrisórios, aviltantes, e até desrespeitoso. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é pacífica quanto à aplicação do artigo 20, § 4º, do CPC aos casos como o dos autos, senão vejamos:

“Pequeno que seja o valor da causa, os tribunais não podem aviltar os honorários de advogado, que devem corresponder à justa remuneração por trabalho profissional; nada importa que o vulto da demanda não justifique a despesa” (STJ, AI n. 325.270-SP, rel. Min Nancy Andrighi, j. em 20-3-2001).

“O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional.” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/03/2008, DJe 23/04/2008 – grifou-se.)

Diante do exposto, requer seja a Requerida condenada a pagar os honorários advocatícios, no patamar de 20% (vinte por cento) caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo indenizável, ou que seja arbitrado um valor equitativamente de acordo com o § 4º do art. 20 do CPC, caso o valor da condenação seja baixo.

PEDIDOS

Diante do exposto, sendo pacífica a legitimidade passiva e a existência do direito do (a) Autor (a), bem como preenchidos todos os pressupostos necessários, requerer a Vossa Excelência o que segue:

- A) A citação da ré no endereço
supramencionado para, querendo,
responder à presente pretensão jurisdicional no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, constando do mandado as advertências do artigo 285 do CPC;

- B) Que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, condenando a Seguradora ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT ao requerente, no percentual efetivamente devido de acordo com a lesão apurada em perícia médica, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;
- C) Que não tem interesse na realização de audiência de conciliação prévia com base no art. 319, inciso VII do novo Código de Processo Civil, uma vez que, a seguradora só realiza acordo após realização de perícia médica;
- D) Que após ouvir as partes, sejam, os autos remetidos ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania a fim de participar de mutirão DPVAT.
- E) Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos da lei, pois, as perícias médicas dessa natureza estão suspensas pela PEFOCE;
- F) Que eventual perícia a ser realizada pela PEFOCE seja preferencialmente o de abrangência do município onde o(a) autor(a) reside;
- G) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;
- H) A intimação do Ministério Público para participar do feito, se for o caso;
- I) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, **respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC.**

Dá-se à causa o valor de **R\$**

13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Fortaleza/CE, 09 de Julho de 2018.

Davi Pinheiro Cavalcante
OAB/CE 27902

Marcela Pinheiro Cavalcante
OAB/CE 27208



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:
<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912302343300000008243643**
ID do documento: **8440286**



18082912302343300000008243643

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: Cláudio Araújo de Sousa
Estado Civil: _____ CPF: 658.804.043-15
RG: 9901202422 SSP/ ce
Endereço: Rua: CMD. Gmca 1752
Bairro: PA. São José CEP: 60730-155
Cidade: Fortaleza UF: ce
Telefone(s): 87921652 / 88522591 / _____
E-mail: _____

OUTORGADOS: **DAVI PINHEIRO CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, advogado, (OAB/CE, 27.902 e OAB/PI 10.482), CPF 034.714.483-73, **MARCELA PINHEIRO CAVALCANTE**, brasileira, solteira, advogada, (OAB/CE 27.208), CPF 026.770.283-36 ambos com escritório na Avenida Dom Luis, 176 Sala 808, Aldeota, CEP: 60160-230 Fortaleza- CE, integrantes da sociedade de advogados **PINHEIRO CAVALCANTE ADVOGADOS ASSOCIADOS**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 18.833.866/0001-49 e registrada na OAB/CE sob o nº 890.

PODERES: Amplos e ilimitados poderes para o FORO GERAL, inclusive os poderes da cláusula **AD E EXTRA JUDICIA**, promoverem, conjunta ou isoladamente, Ação perante a Justiça Federal contra a Administração Direta e Indireta da União Federal, outorgando-lhes ainda os poderes especiais para firmar acordos e compromissos, transigir, desistir e renunciar a direitos, inclusive pecuniários, receber e dar quitação de valores decorrentes da interposição da ação aludida, podendo realizar tudo mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza, 16 de Agosto de 2017

Cláudio Araújo de Sousa

DECLARAÇÃO PARA JUSTIÇA GRATUITA

Nome: Claudete Araujo de Sousa
Estado Civil: _____ CPF: 658.804.043-15
RG: 9901202422 SSP/ pe
Endereço: Rua: CMP. Garcia 1752
Bairro: PA. São José Cep: 60730 155
Cidade: Fortaleza UF: ce
Telefone(s): _____ / _____ / _____

Declaro para fazer prova junto à Justiça do Ceará, que não disponho de meios para custear despesas processuais, nesse sentido pleiteio o benefício da gratuidade de justiça, amparado (a) na Lei 1.060/50 c/c a Lei 7.115/83, e dessa forma estou ciente de que esta afirmação produzirá todos os efeitos legais.

Fortaleza, 16 de Agosto de 20 17

Claudete Araujo de Sousa

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

CLÁUSULA PRIMEIRA: Contratantes: Celebram o presente Contrato de Honorários advocatícios, de um lado, **PINHEIRO CAVALCANTE ADVOGADOS ASSOCIADOS CNPJ nº. 18.833.866/0001-49**, representada pelos seus Sócios DAVI PINHEIRO CAVALCANTE, advogado, inscrito na (OAB/CE 27.902, OAB/PI 10.482 e OAB/DF 43.995) e MARCELA PINHEIRO CAVALCANTE, advogada, inscrita na OAB/CE nº 27208, ambos com escritório profissional na Avenida Dom Luis, 176 Sala 808, Aldeota, CEP: 60160-230 Fortaleza- CE, doravante denominado CONTRATADO e de outro:

Nome: Audete Araujo de Sousa
 Estado Civil: _____ CPF: 658.804.043-15
 RG: 9901302 402 SSP/ CE
 Endereço: R. Emb. Garcia 1752
 Bairro: Pa. São José CEP: 60730-155
 Cidade: Fortaleza UF: CE
 Telefone(s): _____ / _____
 E-mail: _____

CLÁUSULA SEGUNDA: A CONTRATADA compromete-se a prestar serviços profissionais à (o) CONTRATANTE praticando com zelo todos os atos necessários ao fiel e cabal desempenho do mandato que lhes foi outorgado, para concessão/revisão da sua pensão ou aposentadoria.

CLÁUSULA TERCEIRA: O (a) CONTRATANTE pagará a CONTRATADA, em remuneração aos serviços aludidos, a importância correspondente 30% (trinta por cento) sobre a quantia bruta auferida sobre os atrasados. O CONTRATANTE declara que não pagou nenhum valor adiantado aos CONTRATADOS para propositura da ação, objeto do presente contrato.

PARAGRAFO PRIMEIRO: Os Honorários serão devidos a partir do recebimento da concessão/revisão da aposentadoria/acordo administrativo ou judicial, que deverão ser pagos, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, através de alvará, levantamento de valores administrativos ou judiciais, transação ou depósitos em conta corrente ou outros meios previstos de pagamento direto feito ao Contratante pela parte adversa, a partir da assinatura do contrato (art. 22, parágrafo 4º da Lei 8.906/94).

CLÁUSULA QUARTA: Fica a Contratada autorizada a anexar este Contrato aos Autos do processo da Ação proposta, para destaque dos honorários contratuais.

CLAUSULA QUINTA: É eleito o foro da Comarca de Fortaleza-Ceará para a solução de conflitos oriundos deste Contrato.

Fortaleza, 16 de Agosto de 20 17

Audete Araujo de Sousa

DAVI PINHEIRO CAVALCANTE

MARCELA PINHEIRO CAVALCANTE

Testemunhas:

1) _____

2) _____



Cagece  **GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição: 003378292

DADOS DO CLIENTE
 Nome: ANTONIO JOSE PEREIRA BERNARDINO
 End. Leitura: RU CMD GARCIA, 1752, PARQUE SAO JOSE
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entreg: CEP: 60730-155
 Cidade:
 Local: 001 Setor: 028 Quadra: 0152 Lote: 0547 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral (m³)
AGUA	R13F268927	841	859	18	20

DATAS
 Leitura Atual: 09/07/2017 Emissão: 09/09/2017 Lacre Água: 1
 Leitura Anterior: 10/07/2017 Próxima Leitura: 11/09/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	561	561	561	559	559
Em conformidade	557	548	527	526	559

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 24 m³ META: 19 m³.
 Constatamos debito de R\$ 448,79. Caso desconsiderar.
 RELATORIO DA QUANTIDADE DA AGUA VEJA N° SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	AGO/16	13	10
ESGOTO	SET/16	16	12
PARCELAMENTO DE DEZ	OUT/16	14	11
MULTA DE 2X	NOV/16	16	12
JUROS/MULTA TARIFA CONT	DEZ/16	16	12
JUROS DE 0,003% AO DIA	JAN/17	15	12
ACRESC. IMPONT. AGUA TARI			



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:

<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912394329600000008243762**

ID do documento: **8440414**



18082912394329600000008243762



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
2ª UNIDADE DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL
Av. Godofredo Maciel, 3100, Maraponga - Fortaleza (CE)
Fone: (85) 3488-7288 E-mail: for02iecc@tjce.jus.br

Pág. 1

Processo nº. 0046094-94.2015.8.06.0015 Art. 303 CTB

Autor(a) do fato: MARIA GOMES ARAUJO

Vitima: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

TERMO DE AUDIÊNCIA PRELIMINAR

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de março de 2017, às 10:30 horas, na sala de audiências da 2ª Unidade do Juizado Especial Cível e Criminal, após o pregão de estilo foi aberta a audiência preliminar, em conformidade com o art. 72 da Lei nº 9.099/95, onde foi atestada a presença da vítima, CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA, RG 99012021422, telefone 98792.1652, a qual manifestou seu interesse em representar contra a autora MARIA GOMES ARAUJO, que não compareceu ao ato, conforme informações do ARMP, devolvido aos autos com a informação "MUDOU-SE". " Dada a palavra ao representante do Ministério Público: 1 - requeremos a secretaria que realize buscas do endereço da autora, por meio do sistema SIEL/RECEITA FEDERAL, em caso negativo, requeremos diligências policiais no intuito de localizá-la. 2 - quanto ao VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS, este deve figurar como vítima, pois estava pilotando a motocicleta, quando foi atropelado pela autora, e como faltou ao ato, e como não podemos indefinidamente tentar localizá-lo e em especial por que deveria comunicar ao juízo seu endereço atualizado, e como não o fez, denota renúncia tácita ao processo, o qual deve ser arquivado quanto a ele." Em seguida, o MM. Juiz proferiu o seguinte despacho: "Acolho o parecer ministerial quanto ao pedido nº 1, quanto ao pedido nº 2, no que tange ao arquivamento por renúncia tácita ao direito de representação, concordamos com o mesmo. Expeça-se ofício ao DP competente para que sejam feitas diligências necessárias que deverão ser cumpridas em caráter de urgência e dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias. Devolvidos os autos e localizada a autora do fato, determino que a Secretaria designe nova data para realização de audiência preliminar. Caso infrutíferas as diligências, abra-se vista ao MP." Nada mais havendo, encerrou-se o presente termo que, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

Juiz de Direito: _____

Dr. Carlos Henrique Garcia de Oliveira

Promotor de Justiça: _____

Dr. José Gusmão Bastos Junior

VITIMA: Claudete Araujo de Sousa



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
2ª UNIDADE DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL
Av. Godofredo Maciel, 3100, Maraponga - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3488 7288 E-mail: for02jecc@tjce.jus.br

Procedimento nº 0046094-94.2015.8.06.0015

Autor(es) do fato: VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS e MARIA GOMES DO SANTOS

Vítima(s): CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA e VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS

Fortaleza (CE), 23 de novembro de 2016.

CARTA DE INTIMAÇÃO

Pela presente, fica V.Sa. devidamente INTIMADO (A) da AUDIÊNCIA PRELIMINAR designada para o dia 28 DE MARÇO DE 2017 às 10:30 horas, na sala de audiência desta Unidade, sito no endereço supra, nesta Capital. Ficado ciente de que deverá comparecer pessoalmente, podendo ser acompanhado(a) de advogado(a), bem como não poderá mudar de endereço sem a comunicação devida ao Juízo. A ausência injustificada na presente audiência poderá acarretar a condução coercitiva. Eu, Larissa Lailla Cavalcante Sousa, mat. 24039 o digitei e, Paulo Ygor Macêdo Lôbo Piauilino, Diretor de Secretaria, mat. 5514, subscrevo.

Larissa Lailla Cavalcante Sousa
p/Bel. Paulo Ygor Macêdo Lôbo Piauilino
Diretor de Secretaria da 2ª UJECC

Ao(á) Sr(a).:
CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
RUA HUMBERTO LOMEU, 1579, GRANJA PORTUGAL
FORTALEZA (CE)
CEP: 60541-115

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMUPrefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde**CERTIDÃO NARRATIVA**

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sra. Claudete Araújo de Sousa no dia 25/09/2014 às 10h42min na Rua Comendador Garcia, nº 1625, Bairro Parque São José. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão moto / carro. Paciente foi atendida no local e removida ao hospital Doutor José Frota-Centro.

Fortaleza, 10 de novembro de 2014.

Atenciosamente,


Felipe dos Santos Dias Soares
Gerente
SAMU 192 REGIONAL FORTALEZARUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUE LÂNDIA - CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9155 - FAX: (085) 3452.9153
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:

<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912392881100000008243758**

ID do documento: **8440410**



18082912392881100000008243758

http://189.28.128.111/cgi-bin/autorizador_ah?justificativa=INTE

AUTORIZAR -> INTERNAÇÃO

Código 116307949

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:	UF INSTITUTO DR. JOSE PROTA CENTRAL	CNES:	2529149
Unidade Executante:	UF INSTITUTO DR. JOSE PROTA CENTRAL	CNES:	2529149
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	RUA SENADOR POMPEU - 1757 - - CENTRO	Município	PORTALEZA
Município Regulador	PORTALEZA		
Data de Solicitação	02.10.2014 - 15:38:27	Operador	JOELZILA_R_DF
Data de Autorização	02/10/2014 - 15:40:10	Operador	JOELZILA_R_DF
Data de Reserva	03.10.2014		
Data Prevista de Alta	07.10.2014		

Dados do Paciente

Unidade Referencial:	Não Informado	CNES:	
Nome do Paciente	CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA	CNS:	898000503218768
Data de Nascimento:	11.08.1981	Sexo:	Masculino
Nome da Mãe	JARZNA PAULA DE ARAUJO	Telefone:	
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro		Naturalidade:	PORTALEZA - CE
Município	PORTALEZA	UF	CE
Nome do Responsável		CEP	60730440
		Telefone do Responsável	

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:	00000000000	Nome do Médico Solicitante:	FRANCISCO RIBSON DE VASCONCELOS ALVES
Diagnóstico Inicial - CID:	FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828		
Classificação de Risco	AMARELO - urgência, atendimento a mais rápido possível.		
Caráter	11 - Urgência		
Clinica:	ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Clinica Complementar:	Nenhuma
Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPFISE DA TIBIA	Código:	0408050500

Observações Gerais

Ons feita em 02/10/2014 - 15:40:10 por JOELZILA_R_DF
 INTERNAÇÃO NO UF PARA TRATAMENTO CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO

Laudo Técnico e Justificativo da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
 PACIENTE COM FRATURA DE DIAPFISE DE TIBIA. PORTADORA DE DEPRESSÃO. COM HISTÓRIA DE TENTATIVA DE AUTÓLISE, FOI TRANSFERIDA PARA LEITO DE RETAGUARDA DO UF NO PSA, PORÉM RETORNOU PARA O UF APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
 ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:
 RISCO DE COMPLICAÇÃO

Parâmetros

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador) _____

CPF 35953276300 Data _____

http://189.28.128.111/cgi-bin/autorizador_ik?justificativa=PACIE

AUTORIZAR-INTERNAÇÃO

Código 116188031

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
UF INSTITUTO DR JOSE PROTÁ CENTRAL

Unidade Executante:
UF INSTITUTO DR JOSE PROTÁ CENTRAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
RUA SENADOR POMPEU - 1757 - CENTRO

Município Regulador
FORTALEZA

Data de Solicitação
01.10.2014 - 16:21:07

Data de Autorização
01/10/2014 - 15:22:41

Unidade de Reserva
06.10.2014

Data Prevista de Alta
14.10.2014

CNES:
2529149

CNES:
2529149

Município:
FORTALEZA

Operador
GLEUCE_R_DF

Operador
GLEUCE_R_DF

Dados do Paciente

Unidade Referência:
Não Informado

Nome do Paciente
CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

Data de Nascimento:
11.08.1981

Sexo:
Masculino

Nome da Mãe
JARDNA PAULA DE ARAUJO

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

Município
FORTALEZA

Nome do Responsável

CNES:
89800503218768

CNS:
89800503218768

Telefone:

Naturalidade:
FORTALEZA - CE

UF
CE

CEP
60739440

Telefone do Responsável

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:
116188031

Diagnóstico Inicial - CID:
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO - S062

Classificação de Risco
ANALISADO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter
11 - urgência

Clinica:
ESPEC - CLINICO - NEUROLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

Clinica Complementar:
Nenhuma

Código:
0203040092

Observações Gerais

Obs feita em 01/10/2014 - 16:22:41 por GLEUCE_R_DF
PACIENTE INTERNADO NO UF.

Lauda Técnica e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
ACIDENTE DE MOTO C/ TCE E CONVULSÕES - FRATURA PERNA E

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:
RISCO DE COMPLICAÇÃO.

Parecer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF
22173515315

Data

Impressão

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	25 09 2014	DATA DA ALTA:	14/10/2014
BE/PRONT:	5324601	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	33		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	PAULO CESAR		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Pedro Barreira Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC-11701		Retornar dia: -/-/- Hora: para Dr.
Ass:	<i>Paulo Cesar</i>	
Data: 14/10/14	Dispensa do trabalho por: 60 (sessenta) Dias	
Imprimir		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

14/10/2014 11

Pub - Prescrição Médica http://172.30.40.252/generator/recipe_app/imprime_recipeuario.php?p...

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: **5324601** Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Profissional: **ANTONIO GOMES FILMO** Atividade: **NEUROCIRURGIA**

Data Registro: **03/10/2014**

10:00:00

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

- 1- DIETA GERAL
- 2- DÍPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N *15 00:12*
- 4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N *18*
- 5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N
- 6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS *17 05*
- 7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ *06*
- 8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL
- 9- SINAIS VITAIS
- 10-HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA *17*
- 11-AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC SGTS + ATROVENT 10MG
- 12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H *14 22 06*

Dala inguinopodica

ta de Impressão: 03/10/2014 10:00:04

ANTONIO GOMES FILMO R.M./Q.R.O.: 28994
Carimbo e Assinatura do Médico

MAUHA 03/10/14

Rx. Pórex.



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:
<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912393677900000008243760**
ID do documento: **8440412**



18082912393677900000008243760

 **INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA**
"24 hora de proteção à vida"

 **Fortaleza**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA		ID Paciente: 5324601
Data de Nascimento: 11/08/1981	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 28/09/2014

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais.
- Sistema ventricular anômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem peculiaridades
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Não evidenciado traço de fratura craniana.


SILVANA PINHEIRO CRM: 3914

Visual HosPub - Prescrição Médica http://172.30.40.252/generador/rego/app/imprime_receituario.php?

Visual HosPub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: **5324601** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: **DIRECAO DA EMERGENCIA** Atividade: **MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)**

Data Registro: **08/10/2014 08:30:27**

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

1- DIETA GERAL

2- DÍPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N

4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N

5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N

6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS — 18 — 06.

7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ — 06

8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL S/N

9- SINAIS VITAIS

10-HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA — 18

11-AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG

12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H — 14 — 22 — 06.

13-VALIUM IM sete 22

14- SOLUCORTEF 500MG + 10 ML SF 0,9% IV 12/12H — 18 — 06.

15- AEROSOL 3ML SF + BEROTEC 3GTS + ATROVENT 10GTS

16- morfina 05mg 1cp 20hs — 20.

Data da Impressão: 08/10/2014 08:30:31

Receber do
psiquiatra

DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.: 3255.5137 / 9131.7400
Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Carlos Emanuel Vasconcelos
Prescrição Horizontal UJF
3255.5137 / 9131.7400

08/10/2014



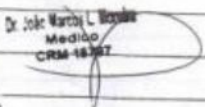
INSTITUTO Dr. JOSÉ
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: <u>Claudete Araújo de Jesus</u>		Data Nascimento: <u> / / </u>
Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Diagnóstico: <u> </u>		Data Internação: <u> / / </u>

DATA	HORA	DADOS CLÍNICOS
		Ref. infama de ardeur de nos membros do, coluna e deformidade na zona G.
		Ref. Infama de Zona G (crônicas)
		col. inflexão nupale Ho. Curvatura elict
		 Dr. João Marcos L. Mendes Médico CRM-16367
24/03/14		UCC Relato de crise convulsiva Familiar refere que a paciente apresenta crise convulsiva K de início: 5 anos (C) Início crises anticonvulsivos
		 Dr. Marcos Neurologista CRM-16367

PH 000.008 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A4 (210x297)

INSTITUTO DO JORNALISTA "O Serviço de Proteção e Defesa"		Fortaleza	
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL			
IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMITE Instituto Dr. José Faria CNES: 2629149 CNPJ: 07.836.041/0001-60 Rua Senador Pompeu, 1767 Bairro: Centro Fortaleza - CE Fone: 3255.5000 CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <u>Daude de Araújo de Sousa</u> Endereço: <u>R. Comendador Galvão, 5762 (L. Ben)</u> Prescrição: <u>ampicilina 100mg - 120cp (6x)</u> <u>1 cp 8hs</u> <u>1 cp 14hs</u> <u>2 cp 21h</u>		Carimbo e Assinatura do Médico  Data: <u>24/10/2014</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: _____ Nº Ident.: _____ UF: _____ Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel.: _____		Carimbo e Assinatura Fornecedor: _____ Data: <u>1 / 1</u> Carimbo e Assinatura	

22.000.027 Versão 3 - 02/02/2013 - Via Online - Formatação 12x18cm

INSTITUTO DO JORNALISTA "O Serviço de Proteção e Defesa"		Fortaleza	
RECEITUÁRIO			
Nome: <u>Daude de Araújo de Sousa</u> BE / Profissional: _____		P1 DP V A T	
Paciente com profunda na perna e dor fibrosa, de alta deprimi- fina de transtorno			
Data: <u>30/03/15</u> Assinatura e Carimbo do Médico 		PROCURE O IJE SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061, Fone: 255.5000 22.000.027 Versão 3 - 02/02/2013 - Via Online - Formatação 12x18cm	



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5324601

NOME: CLAUDETE ARAÚJO DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1981

PAI: RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA

MÃE: JARINA PAULA DE ARAÚJO

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2014

DATA SAÍDA: 14/10/2014

MOTIVO: A PACIENTE CLAUDETE ARAÚJO DE SOUSA, 34 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 25.09.2014, COM FRATURA EM PERNA ESQUERDA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO, TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES.

DIAGNÓSTICO: TCE + FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA, FOI INDICADO TRATAMENTO CONSERVADOR.

EM 09.10.2014, FOI SUBMETIDA A CIRURGIA, OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

EVOLUIU ACORDADA, CONSCIENTE E VERBALIZANDO.

PERMANECERU INTERNADA, ATÉ O DIA 14.10.2014, QUANDO RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 09/10/2015 (ANANIAS/P).

Dr. João Ananias de Almeida Neto
Médico
CRM 10.308

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

 Claudete Araujo de Sousa 

5324601

Paciente se encontra
internada neste hospital
para tratamento cirúrgico.
Necessita do uso de fraldas
descartáveis (40 unidades)

Fortaleza , Ce 04/10/2014 (09:00h)

Dr Carlos Emanuel Vasconcelos
Ortopedia & Traumatologia 

3255-5137
3255-5107

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

Nome Claudio Augusto de Sousa

Diagnóstico _____

Data _____ Médico João

Auxiliar _____

Redução sob Anestesia _____

Realizada _____ após acidente _____

Cagece GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Nº de inscrição: 003378252

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO JOSE PEREIRA BERNARDINO

End. Loteamento: RUA CHD GARCIA, 1782, PARQUE SAO JOSE

Cidade: FORTALEZA CEP: 60730-155

End. Entrega: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Local: 001 Setor: 028 Quadra: 0182 Lote: 0547 Fone: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIA

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Serviço	Medicador	Lab. de Análise	Lab. de Análise	Volume (ml)	Med. Simples (ml)
ANAL	R137268227	841	058	15	20

DADOS

Lab. de Análise: 01 / 23 / 7 Análise: 08/10/17 Lote: Agua 1

Lab. de Análise: 07/10/17 Protocolo: Lab. 11 / 01 / 17 Lote: Agua 1

QUANTIDADE DA AGUA DESTILADA REQUERIDA A: 20/2017

Nº de Amostras	Cole	Substância	Cole	Cálculo Total	Exatidão (ml)
Exigido	541	541	120	541	541
Analisado	561	561	561	559	559
Desconformidade	567	548	527	526	559

REMARKS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 24 m³ META: 19 m³

Constata-se déficit de R\$ 448,79 (quatrocentos e quarenta e oito reais e setenta e nove centavos) a ser considerado.

RELATÓRIO DA QM: PADE DA AGUA VEJA Nº 8711 CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
RECUR	85,34	Mês/ano
ESGOTO	52,82	Agua (m³)
PARCELAMENTO DE DEB	53,50	Exigido (m³)
MULTA DE 27	3,63	Agua (m³)
JUROS MULTA TRIPLO COIT	0,28	Exigido (m³)
JUROS DE E.G.T. NO DIA	2,24	Agua (m³)
RESC. IMPONT. RECUR TRAT	0,25	Exigido (m³)

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

Reg. geral 5324601

Reg. de Amb. _____

Reg. Radiológica _____

Nome Claudio Augusto de Sousa

Diagnóstico _____

Data _____ Médico Paulo Cesar

Auxiliar _____

Redução sob Anestesia _____

Realizada _____ após acidente _____

Volta em	04/10/14	às	0700	horas
Volta em	08/10/15	às	700	horas
Volta em	21-07-2015	às	700	horas
Volta em	12-02-2015	às	745	horas
Volta em	19-02-2015	às	745	horas
Volta em	21-05-2015	às	745	horas
Volta em	23/07/15	às	700	horas
Volta em	30/07/15	às	70	horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas

Volta em	30-10-2014	às	745	horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas
Volta em		às		horas



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:

<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912392628100000008243757**

ID do documento: **8440409**



18082912392628100000008243757



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 7903 / 2014

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 7903 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/09/2014 14:26:26
Data / Hora da Ocorrência : 25/09/2014 10:00:00
Endereço da Ocorrência: R COMEDADOR GARCIA 1791

PARQUE SÃO JOSÉ FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: POSTO DE SAÚDE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Nascimento : 11/08/1981
RG: 99012021422 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 65880404315
Filiação: RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
JARTINA PAULA DE ARAUJO
Endereço: R HUMBERTO LOMEU 1579
GRANJA PORTUGAL
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 87708862

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA A NOTICIANTE: QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A VITIMA CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO MOTOCICLETA, YAMAHA/FACTON YBR 125 - PLACA OSL-7941-CE, COR ROXA, ANO 2013, DE SUA PROPRIEDADE, JUNTAMENTE COM A SEU COMPANHEIRO VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS, O CONDUTOR, QUANDO UM VEICULO, MITSUBISHI DE PLACAS IIVII-9213, AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE A VITIMA ESTAVA; QUE NAZINHA, A QUAL CONDUZIA O VEICULO, RESIDE NA RUA DOM XISTO ALBENO, 1791 PARQUE SÃO JOSÉ, COLOCOU O MOTO ACIMA CITADO NA OFICINA, PARA CONCERTA, E NÃO QUE DEVOLVER, PORÉM QUE SO ENTREGA A MOTO SE A VITIMA ENTREGAR AS DOCUMENTAÇÃO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL UF E CONSTATADO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, HSCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS DISSE

Noticiante(s)

Nome : CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Endereço : R HUMBERTO LOMEU 1579
Bairro : GRANJA PORTUGAL
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 87708862

DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/10/2014 04:38



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 7903 / 2014

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8

DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impresso em: 22/10/2014 04:38



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 132 - 7903 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/09/2014 14:26:26
Data / Hora da Ocorrência : 25/09/2014 10:00:00
Endereço da Ocorrência: R COMEDADOR GARCIA 1791

PARQUE SAO JOSE FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: POSTO DE SAUDE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Nascimento : 11/08/1981
RG: 99012021422 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 65880404315
Filiação: RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
JARINA PAULA DE ARAUJO
Endereço: R HUMBERTO LOMEU 1579
GRANJA PORTUGAL
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 87708862

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A VITIMA CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO MOTOCICLETA, YAMAHA/FACTON YBR 125 - PLACA OSL-7941-CE, COR ROXA, ANO 2013, DE SUA PROPRIEDADE, JUNTAMENTE COM A SEU COMPANHEIRO VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS, O CONDUTOR, QUANDO UM VEICULO, MITSUBISHI DE PLACAS IJWII-9213, AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE A VITIMA ESTAVA: QUE NAZINHA, A QUAL CONDUZIA O VEICULO, RESIDE NA RUA DOM XISTO ALBENO, 1791 PARQUE SÃO JOSE, COLOCOU O MOTO ACIMA CITADO NA OFICINA, PARA CONCERTA, E NÃO QUE DEVOLVER, POREM QUE SO ENTREGA A MOTO SE A VITIMA ENTREGAR AS DOCUMENTAÇÃO: QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL UF E CONSTATADO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, HSCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS DISSE

Noticiante(s)

Nome : CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Endereço : R HUMBERTO LOMEU 1579
Bairro : GRANJA PORTUGAL
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 87708862

DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/10/2014 04:38

JH Motos

R. Dom xisto albano 1756 – Parque são José

Fone: 3483:0687

Cnpj: 04466412/0001-72

YAMAHA Fatura – Placa : OSL 7941

01 - Paralamo dianteiro R\$ 100,00

01 – Carcaça do painel superior R\$ 58,00

01 – Carcaça do painel inferior R\$ 29,00

01 – Aro do farol R\$ 58,00

01 – Tampa do pião R\$ 35,00

01 – Guidom R\$ 88,00

01 – Manete de freio R\$ 25,00

01 – Etribe central R\$ 55,00

01 – Carenagem do tanque lado esq R\$ 93,00

01 – Carenagem do tanque lado dir R\$ 93,00

01 – Rabeta traseira lado dir R\$ 87,00

01 – Alça da rabeta R\$ 98,00

01 – Tampa lateral lado esq R\$ 95,00

04 – Adesivos R\$ 40,00

01 – Tampa lateral lado dir R\$ 85,00

01 – Kit de chave tampa lateral esq R\$ 58,00

01 – Suporte do painel R\$ 56,00

01 – Proteção do escape grande R\$ 75,00

01 – Proteção do escape pequeno R\$ 45,00

01 – Mata cachorro R\$ 46,00

01 – Rabeta central R\$ 39,00

JOSE HEB
JOSE HEB
JOSE HEB

01 – Suporte do farol R\$ 65,00

02 – Borrachas do estriber central R\$ 8,00

01 – Mesa do guidom inferior R\$ 65,00

Serviço – R\$ 300,00

VALOR – R\$ 1.796,00

JOSE HBL

JOSE HBL S. Cavalcanti
Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 132 - 7903 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/09/2014 14:26:26**
Data / Hora da Ocorrência: **25/09/2014 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA COMEDADOR GARCIA , 1791**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SAO JOSE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**
Nascimento: **11/08/1981** CPF: **658.804.043-15**
RG: **99012021422** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **JARINA PAULA DE ARAUJO**
RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
Endereço: **RUA JOSÉ TORRES , 1140 CASA 15**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98792-1652**

Noticiante(s)

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**
Nascimento: **11/08/1981** CPF: **658.804.043-15**
RG: **99012021422** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **JARINA PAULA DE ARAUJO**
RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
Endereço: **RUA JOSÉ TORRES , 1140 CASA 15**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98792-1652**

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A VITIMA CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO MOTOCICLETA, YAMAHA/FACTOR YBR 125 - PLACA OSL-7941-CE, COR ROXA, ANO 2013, DE SUA PROPRIEDADE, JUNTAMENTE COM A SEU COMPANHEIRO VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS, O CONDUTOR, QUANDO UM VEICULO, MITSUBISHI DE PLACAS HWH-9213, AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE A VITIMA ESTAVA; QUE NAZINHA, A QUAL CONDUZIA O VEICULO, RESIDE NA RUA DOM XISTO ALBENO, 1791 PARQUE SÃO JOSE, COLOCOU O MOTO ACIMA CITADO NA OFICINA, PARA CONCERTA, E NÃO QUE DEVOLVER, PORÉM QUE SO ENTREGA A MOTO SE A VITIMA ENTREGAR AS DOCUMENTAÇÃO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL IJF E CONSTATADO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, ESCORIAÇÕES PELO CORPO, NADA MAIS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 132 - 7903 / 2014

DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cláudio Araújo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9490673

A/C: CLAUDETE ARAUJO DA SILVA

Sinistro: 3160475711 ASL-0985089/16
Vitima: CLAUDETE ARAUJO DA SILVA
Data Acidente: 25/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/07/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 25/09/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 033 12 34 ou acesse o nosso site www.dpvatseguradora.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

TCO Nº 132 - 65 / 2014

GUIA Nº 132 - 622/2015
FORTALEZA, 27 de novembro de 2015

Natureza do Exame: **CORPO DELITO**

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**
Nacionalidade: **BRASIL**
Naturalidade: **FORTALEZA/CE**
Data de Nascimento: **11/08/1981** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Grau de Instrução: **ALFABETIZADO** Profissão: **DO LAR**
Filiação: **RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA**
JARINA PAULA DE ARAUJO

Documento de Identificação: **RG** Número: **99012021422**
Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Residência: **R JOSE TORRES 1140, 15**
GRANJA PORTUGAL -
FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência:
R COMEDADOR GARCIA, 1791
PARQUE SAO JOSE
FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: **25/09/2014 10:00**

Observação: **VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**


DELEGADO EVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO -
198340-1---8

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL a Guia de número **622/2015** do município **FORTALEZA**.
Em ____/____/____.

Nome/Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

TCO Nº 132 - 65 / 2014

GUIA Nº 132 - 622/2015

FORTALEZA, 27 de novembro de 2015

Natureza do Exame: **CORPO DELITO**

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Data de Nascimento: **11/08/1981**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Profissão: **DO LAR**

Filiação: **RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA**

JARINA PAULA DE ARAUJO

Documento de Identificação: **RG** Número: **99012021422**

Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Residência: **R JOSE TORRES 1140, 15**

GRANJA PORTUGAL . -

FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência:

R COMEDADOR GARCIA, 1791

PARQUE SAO JOSE

FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: **25/09/2014 10:00**

Observação: **VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**


DELEGADO EVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO -
198340-1---8

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL a Guia de número 622/2015 do município FORTALEZA.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 7903 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/09/2014 14:26:26**
Data / Hora da Ocorrência: **25/09/2014 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA COMEDADOR GARCIA , 1791**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SAO JOSE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**
Nascimento: **11/08/1981** CPF: **658.804.043-15**
RG: **99012021422** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **JARINA PAULA DE ARAUJO**
RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
Endereço: **RUA JOSÉ TORRES , 1140 CASA 15**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98792-1652**

Noticiante(s)

Nome: **CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA**
Nascimento: **11/08/1981** CPF: **658.804.043-15**
RG: **99012021422** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **JARINA PAULA DE ARAUJO**
RAIMUNDO MACARIO DE SOUSA
Endereço: **RUA JOSÉ TORRES , 1140 CASA 15**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98792-1652**

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A VITIMA CLUDETE ARAUJO DE SOUSA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO MOTOCICLETA, YAMAHA/FACTOR YBR 125 - PLACA OSL-7941-CE, COR ROXA, ANO 2013, DE SUA PROPRIEDADE, JUNTAMENTE COM A SEU COMPANHEIRO VALDEMIR FEITOSA DOS SANTOS, O CONDUTOR, QUANDO UM VEICULO, MITSUBISHI DE PLACAS HWH-9213, AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE A VITIMA ESTAVA; QUE NAZINHA, A QUAL CONDUZIA O VEICULO, RESIDE NA RUA DOM XISTO ALBENO, 1791 PARQUE SÃO JOSE, COLOCOU O MOTO ACIMA CITADO NA OFICINA, PARA CONCERTA, E NÃO QUE DEVOLVER, POREM QUE SO ENTREGA A MOTO SE A VITIMA ENTREGAR AS DOCUMENTAÇÃO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL IJF E CONSTATADO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS

DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/05/2016 16:52:10



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 7903 / 2014

DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elaine de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8



DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impresso em: 31/05/2016 16:52:10



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/10/2018 12:42:21 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:

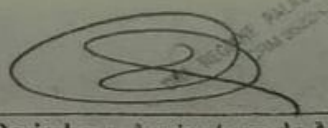
<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18102912394843900000008783732**

ID do documento: **8997747**



18102912394843900000008783732

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENVIENTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Claudete Araújo de Sousa</i>		
Endereço: <i>R. Comendador Galvão, 1752 (V. Peri)</i>		
Prescrição: <i>amplibel 100mg - 120cp (6cx)</i> <i>1 cp 8hs</i> <i>1 cp 14hs</i> <i>2 cp 21hs</i>		
Data: <i>14/10/2014</i>		Carimbo e Assinatura do Médico 
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR
Nome:		Data: <i>/ /</i> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

AR.000.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).

ência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de
será negado por ausência de comprovação documental.

TEMPO!

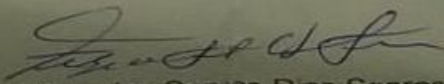
E A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sra. Claudete Araujo de Sousa no dia 25/09/2014 às 10h42min na Rua Comendador Garcia, nº 1625, Bairro Parque São José. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão moto / carro. Paciente foi atendida no local e removida ao hospital Doutor José Frota-Centro.

Fortaleza, 10 de novembro de 2014.

Atenciosamente,



Felipe dos Santos Dias Soares
Gerente
SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



RUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUE LÂNDIA - CEP: 60465-362
FONE: (085) 3422.9155 - FAX: (085) 3412.9152
FORTALEZA-CE
curitiba@samu.fortaleza.ce.gov.br

CERTIDÃO NARRATIVA



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9490673

A/C: CLAUDETE ARAUJO DA SILVA

Sinistro: 3160475711 ASL-0985089/16
Vítima: CLAUDETE ARAUJO DA SILVA
Data Acidente: 25/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/07/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 25/09/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800-077-12-01
nosso site www.dpvatseguradora.com.br



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome:

Cláudio Araújo de Sousa

BE/Prontuário:

P/DPVAT

Paciente com fratura
na perna E curso
lido, de alta de fim
liva da traumatologia

Data:

30/07/15

Dr. José Fernandes

Traumato - Ortopedista

CREMEO-0253 CPF: 34285417221

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 01
nosso site www.dpvatseguradora.com.br



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome:

Cláudio Araújo de Sousa

BE/Prontuário:

P/DPVAT

*Paciente com fratura
na perna E curso
lido, de alta de fim
tiva da traumatologia*

Data:

30/07/15

Dr. José Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEO-0253 CPF: 34285417221

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 01
nosso site www.dpvatseguradade.com.br

Código 116307949

Identificação da Unidade**Unidade Solicitante:**

DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

Unidade Executante:

DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

RUA SENADOR POMPEU - 1757 - - CENTRO

Município Regulador

FORTALEZA

Data de Solicitação

02.10.2014 - 15:38:27

Data de Autorização

02/10/2014 - 15:40:10

Data de Reserva

03.10.2014

Data Prevista de Alta

07.10.2014

CNES:

2529149

CNES:

2529149

Município

FORTALEZA

Operador

JOELZILA_R_DF

Operador

JOELZILA_R_DF

Dados do Paciente**Unidade Referência:**

Não Informado

CNES:**Nome do Paciente**

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

CNS:

898000503218768

Data de Nascimento:

11.08.1981

Sexo:

Masculino

Telefone:**Nome da Mãe**

JARINA PAULA DE ARAUJO

Naturalidade:

FORTALEZA - CE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**Município**

FORTALEZA

UF

CE

CEP

60730440

Nome do Responsável**Telefone do Responsável****Dados da Solicitação****CPF do Médico Solicitante:**

44833989387

NOME DO MEDICO RESPONSÁVEL

FRANCISCO ROBSON DE VASCONCELOS ALVES

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Código:

0408050500

Observações GeraisObs feita em 02/10/2014 - 15:40:10 por JOELZILA_R_DF
INTERNADA NO DF PARA TRATAMENTO CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO**Laudo Técnico e Justificativa da Internação****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE TÍBIA. PORTADORA DE DEPRESSÃO, COM HISTÓRIA DE TENTATIVA DE AUTÓLISE, FOI TRANSFERIDA PARA LEITO DE RETAGUARDA DO DF NO PSA, PORÉM RETORNOU PARA O DF APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

Parâmetros

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF

35953276320

Data

AUTORIZAR->INTERNAÇÃO

Código 116307949

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:

DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

Unidade Executante:

DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

RUA SENADOR POMPEU - 1757 - - CENTRO

Município Regulador

FORTALEZA

Data de Solicitação

02.10.2014 - 15:38:27

Data de Autorização

02/10/2014 - 15:40:10

Data de Reserva

03.10.2014

Data Prevista de Alta

07.10.2014

CNES:

2529149

CNES:

2529149

Município

FORTALEZA

Operador

JOELZILA_R_DF

Operador

JOELZILA_R_DF

Dados do Paciente

Unidade Referência:

Não Informado

Nome do Paciente

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

Data de Nascimento:

11.08.1981

Sexo:

Masculino

Telefone:

Nome da Mãe

JARINA PAULA DE ARAUJO

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

Município

FORTALEZA

Nome do Responsável

CNES:

CNS:

898000503218768

Naturalidade:

FORTALEZA - CE

UF

CE

CEP

60730440

Telefone do Responsável

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

44033969387

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S82B

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050500

Observações Gerais

Obs feita em 02/10/2014 - 15:40:10 por JOELZILA_R_DF
INTERNADA NO DF PARA TRATAMENTO CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO

Laudo Técnico e Justificativo da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE TÍBIA. PORTADORA DE DEPRESSÃO, COM HISTÓRIA DE TENTATIVA DE AUTÓLISE, FOI TRANSFERIDA PARA LEITO DE RETAGUARDA DO DF NO PSA, PORÉM RETORNOU PARA O DF APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

Parâmetros

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF

35953276320

Data

AUTORIZAR->INTERNAÇÃO

Código 116188031

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
Unidade Executante:
DF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
RUA SENADOR PÔMPEU - 1757 - CENTRO
Município Regulador
FORTALEZA
Data de Solicitação
01.10.2014 - 16:21:07
Data de Autorização
01/10/2014 - 15:22:41
Data de Reserva
08.10.2014
Data Prevista de Alta
14.10.2014

CNES:
2529149
CNES:
2529149
Município
FORTALEZA

Operador
GLEUCE_R_DF
Operador
GLEUCE_R_DF

Dados do Paciente

Unidade Referência:
Não Informado
Nome do Paciente
CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Data de Nascimento:
11.08.1981

Sexo:
Masculino

Telefone:

CNES:
CNS:
898000503218768

Nome da Mãe
JARINA PAULA DE ARAUJO
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

Naturalidade:
FORTALEZA - CE

Município
FORTALEZA
Nome do Responsável

UF
CE
CEP
60730440

Telefone do Responsável

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:
77221337310
Diagnóstico Inicial - CID:
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO - S062
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Nome do Médico Solicitante:
KIRIA WAGNER POTI GOMES

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CLINICO - NEUROLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0303040092

Observações Gerais

Obs feita em 01/10/2014 - 16:22:41 por GLEUCE_R_DF
PACIENTE INTERNADO NO DF.

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

ACIDENTE DE MOTO C/ TCE E CONVULSÕES + FRATURA PERNA E

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE COMPLICAÇÃO.

Parecer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF
22173315315
Data

Impressão



RECEITA:

Claudete Assis de Souza

ou

① Ranzitida 150g _____ 604p

Toma 1 comprimido 2x dia

Continuar

② Losartan 50mg _____
Toma 1 comprimido 2x dia

③ Hidroclorotiazol 25mg _____ Continuar

Toma 1 comprimido pela manhã

④ Prochlorperazina 20mg _____ 204p

1 comprimido 3x ao dia por 10 dias e após

1/2 (meio) comprimido 3x ao dia

04/07/18

Dr. Flávio Henrique D. de Macedo
Diretor Técnico - HNSC
CREMEC 8342 - Mat. 1/18

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS PARQUE SAO JOSE (6446256)
Receituário Controle Especial

Fortaleza
Prefeitura de

Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA - Feminino - 11/08/1981 (36 anos) - Cartão Nacional: 706805717176429
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO
RUA DESEMBARGADOR FROTA, O PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CE Telefone: 34835451
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA / CNS: 70050473403375;
RENNAN ALVES CAMPELO BESSA CRM/CE - 16016

FARMACIA
FORTALEZA - CE, 24 de Junho de 2018

VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
Org. Emissor _____
Ident. _____
End. _____
Cidade _____ UF _____
Telefone _____

Impresso por: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Página 1 de 1

Dados do Paciente: 11/08/1981 - 11/08/1981

de _____

Nome e Assinatura _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

2ª VIA

RECSE 11/25-7-2018

EMPRESA DE TRANSPORTES
N E G T A
Pelo presente instrumento

A

RECEBIMOS
COMPROVANTE Nº 123

Fortaleza, 24 de Junho de 2018.

Assinatura do Responsável: _____

Assinatura do Recebedor: _____

Assinatura do Emitente: _____

Assinatura do Comprador: _____

Assinatura do Fornecedor: _____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura da Mãe: _____

Assinatura do Pai: _____

Assinatura do Avô: _____

Assinatura do Avó: _____

Assinatura do Tio: _____

Assinatura da Tia: _____

Assinatura do Primo: _____

Assinatura da Prima: _____

Assinatura do Sobrinho: _____

Assinatura da Sobrinha: _____

Assinatura do Neto: _____

Assinatura da Neta: _____

Assinatura do Bisneto: _____

Assinatura da Bisneta: _____

Assinatura do Trisneto: _____

Assinatura da Trisneta: _____

Assinatura do Tetaneto: _____

Assinatura da Tetaneta: _____

Assinatura do Pentaneto: _____

Assinatura da Pentaneta: _____

Assinatura do Hexaneto: _____

Assinatura da Hexaneta: _____

Assinatura do Heptaneto: _____

Assinatura da Heptaneta: _____

Assinatura do Octaneto: _____

Assinatura da Octaneta: _____

Assinatura do Nonaneto: _____

Assinatura da Nonaneta: _____

Assinatura do Decaneto: _____

Assinatura da Decaneta: _____

Assinatura do Undecaneto: _____

Assinatura da Undecaneta: _____

Assinatura do Docuneto: _____

Assinatura da Docuneta: _____

Assinatura do Tridecaneto: _____

Assinatura da Tridecaneta: _____

Assinatura do Tetradecaneto: _____

Assinatura da Tetradecaneta: _____

Assinatura do Pentadecaneto: _____

Assinatura da Pentadecaneta: _____

Assinatura do Hexadecaneto: _____

Assinatura da Hexadecaneta: _____

Assinatura do Heptadecaneto: _____

Assinatura da Heptadecaneta: _____

Assinatura do Octadecaneto: _____

Assinatura da Octadecaneta: _____

Assinatura do Nonadecaneto: _____

Assinatura da Nonadecaneta: _____

Assinatura do Eicodaneto: _____

Assinatura da Eicodaneta: _____

Assinatura do Heneicosaneto: _____

Assinatura da Heneicosaneta: _____

Assinatura do Dotriacontano: _____

Assinatura da Dotriacontana: _____

Assinatura do Triatriacontano: _____

Assinatura da Triatriacontana: _____

Assinatura do Tetraatriacontano: _____

Assinatura da Tetraatriacontana: _____

Assinatura do Pentaatriacontano: _____

Assinatura da Pentaatriacontana: _____

Assinatura do Hexatriacontano: _____

Assinatura da Hexatriacontana: _____

Assinatura do Heptaatriacontano: _____

Assinatura da Heptaatriacontana: _____

Assinatura do Octatriacontano: _____

Assinatura da Octatriacontana: _____

Assinatura do Nonaatriacontano: _____

Assinatura da Nonaatriacontana: _____

Assinatura do Decatriacontano: _____

Assinatura da Decatriacontana: _____

Assinatura do Undecaatriacontano: _____

Assinatura da Undecaatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

Assinatura da Pencoatriacontana: _____

Assinatura do Hexacoatriacontano: _____

Assinatura da Hexacoatriacontana: _____

Assinatura do Heptacoatriacontano: _____

Assinatura da Heptacoatriacontana: _____

Assinatura do Octacoatriacontano: _____

Assinatura da Octacoatriacontana: _____

Assinatura do Nonacoatriacontano: _____

Assinatura da Nonacoatriacontana: _____

Assinatura do Decacoatriacontano: _____

Assinatura da Decacoatriacontana: _____

Assinatura do Undecoatriacontano: _____

Assinatura da Undecoatriacontana: _____

Assinatura do Docosaatriacontano: _____

Assinatura da Docosaatriacontana: _____

Assinatura do Tricoatriacontano: _____

Assinatura da Tricoatriacontana: _____

Assinatura do Tetracoatriacontano: _____

Assinatura da Tetracoatriacontana: _____

Assinatura do Pencoatriacontano: _____

<

RECEIÇÃO DE FARMÁCIA POPULAR
RUE DE JOSE ARAUJO, 171
ESTADO DO CEARÁ - FORTALEZA - CE

EMPRESA DE TERRENOS S/A
N.º 1.129

2018

Prefeitura de Fortaleza

XtraExport

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS PARQUE SAO JOSE (6446256)

Receituário de Medicamentos

SUS

PRONTUÁRIO

1ª Via

Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA (7200387) - Feminino - 11/08/1981 (37 anos)
Cartão 706805717176429
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO
Nacional:

Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715, PARQUE SAO JOSE, FORTALEZA - CE

Endereço Emitente: RUA DESEMBARGADOR FROTA, 0, PARQUE SAO JOSE, FORTALEZA, CE - FONE: 34835451

Uso: VIA ORAL (Não padronizado pelo Município)
ALENIA 12/400
1jato de 12/12h

1 unidade(s)

RENAN ALVES CAMPELO BESSA
CRM/CE - 16018 / CNS: 700504734033757
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

FORTALEZA, 25 de setembro de 2018

Impresso por: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

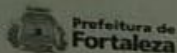
FastMedic Sistemas | © FastSaúde | Versão

25/09/2018 13:53

11. RENAN ALVES CAMPELO BESSA
Médico
CRM/CE 16018

ABR 1999

RECEIÇÃO DE FARMÁCIA POPULAR
RUE DE JOSE ARAUJO, 171
ESTADO DO CEARÁ - FORTALEZA - CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

24000 2789279

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)
 Estabelecimento: 6446256 - UAPS PARQUE SAO JOSE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA	Nº Prontuário: 7200387
Cartão Nacional: 898000503218768	Sexo: F Raça/Cor: 4 Etnia:
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO	Celular: (85)987921652
Nome do Responsável:	Telefone:
Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE	UF: CE CEP: 60730235
Município Residência: FORTALEZA	
Peso: 65 Altura: 1,48 Cintura (cm):	Cód. IBGE: 2304400
Quadril (cm):	Índice Cintura/Quadril:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	Qtde: 1
Serviço: Classificação:	

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA
 CID Principal: S098 CID Secundário: CID Causas Associadas:
 Observações: RELATA TCE OCORRIDO HÁ 3 ANOS E APRESENTA DESDE ENTÃO DE CEFALÉIA DIÁRIA

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante:
 RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Data da Solicitação:
 29/05/2018 14:54

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:
 700504734033757

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

24000 2789279

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)
Estabelecimento: 6446256 - UAPS PARQUE SAO JOSE

Nome do Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

Cartão Nacional: 898000503218768

Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO

Nome do Responsável:

Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE

Município Residência: FORTALEZA

Peso: 65

Altura: 1,48

Cintura (cm):

Quadril (cm):

Cód. IBGE: 2304400

Índice Cintura/Quadril:

Nº Prontuário: 7200387

Sexo: F Raça/Cor: 4 Etnia:

Celular: (85)987921652

Telefone:

UF: CE

CEP: 60730235

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

Serviço: Classificação

Qtde: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

CID Principal: S098

CID Secundário

CID Causas Associadas

Observações:

RELATA TCE OCORRIDO HÁ 3 ANOS E APRESENTA DESDE ENTÃO DE CEFALÉIA DIÁRIA

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante:
RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Data da Solicitação:
29/05/2018 14:54

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:
700504734033757

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód. Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho)

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)
Estabelecimento: 6446256 - UAPS PARQUE SAO JOSE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Cartão Nacional: 898000503218768
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO
Nome do Responsável: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE
Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE
Município Residência: FORTALEZA
Peso: 65 Altura: 1,48 Cintura (cm): Cód. IBGE: 2304400 Índice Cintura/Quadril:
Data Nascimento: 11/08/1981
Sexo: F Raça/Cor: 4 Etnia:
Celular: (85)987921652
Telefone:
UF: CE CEP: 60730235

PROCEDIMENTO SOLICITADO
Procedimento Principal: 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO
Serviço: Classificação:
Qtde: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)
Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABEÇA
CID Principal: S098
Observações: CID Secundário: CID Causas Associadas:
RELATA TCE OCORRIDO HÁ 3 ANOS E APRESENTA DESDE ENTÃO DE CEFALIA DIÁRIA

SOLICITAÇÃO
Nome Profissional Solicitante:
RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Data da Solicitação:
29/05/2018 14:54

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:
700504734033757

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód Órgão Emissor

Nº da Autorização (APAC)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)
Estabelecimento:

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

Estabelecimento: 6446256 - UAPS PARQUE SAO JOSE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Nome do Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

Cartão Nacional: 898000503218768

Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO

Nome do Responsável:

Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE

Município Residência: FORTALEZA

Peso: 65 Altura: 1,48

Cintura (cm):

Quadril (cm):

Cód IBGE: 2304400

Índice Cintura/Quadril:

Nº Prontuário: 7200387

Sexo: F Raça/Cor: 4 Etnia:

Celular: (85)987921652

Telefone:

UF: CE CEP: 60730235

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

Serviço: Classificação

Qtde: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

CID Principal: S098

CID Secundário:

CID Causas Associadas:

Observações:

RELATA TCE OCORRIDO HÁ 3 ANOS E APRESENTA DESDE ENTÃO DE CEFALÉIA DIÁRIA

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Data da Solicitação: 29/05/2018 14:54

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante: 700504734033757

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização
24000 2789279

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Nº Prontuário: 7200387
Sexo: F
Raça/Cor: 4
Etnia:
Celular: (85)987921652
Telefone:
CEP: 60730235
UF: CE
Cidade: 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

LAUDETE ARAUJO DE SOUSA
Data Nascimento: 11/08/1981
RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE
Cód. IBGE: 2304400
Índice Cintura/Quadril:
Cintura (cm):
Índice: 1,48

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LAUDETE ARAUJO DE SOUSA
RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE
Cintura (cm):
Índice: 1,48

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
VAPS PARQUE SAO JOSE (6446256)

Receptário de Medicamentos

Número: 2045417

Prontuário

Nome: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA - Feminino - 11/08/1981 (36 anos)
Cartão Nacional: 706805717176429
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO
Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CE
Endereço Emitente: RUA DESEMBARGADOR FROTA, 0 - PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CE Telefone: 34835451

Uso: VIA INALATORIA
SALBUTAMOL 100MCG C/200 DOSES
Fazer 4 puffs até de 4/4 horas se tosse insistente, chiado ou carapço

Uso: VIA ORAL
PREDNISONA 20MG
ICP 1X/D DURANTE 5 DIAS

Uso: VIA ORAL
DIPIRONA 500MG
Tomar 01 comprimido até de 6 em 6 horas se dor ou febre

Uso: VIA INALATORIA
BECLOMETASONA (CLENIL HFA) 200MCG
2 JATOS PELA MANHÃ E 2 JATOS A NOITE LAVAR A BOCA APÓS USO

> * < Item disponível no programa "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" (Conheça o programa Farmácia Popular)
Serão entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados pelo município

FORTALEZA, 24 de Julho de 2018

Impresso por: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA
Página 1 de 1

Data/Hora: 24/07/2018 - 13:57:05

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):
Período de Validade:
Data/Hora: 29/05/2018 - 14:57:10
Página 1 de 1

or RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANDRE MEDEIROS SALES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 10:31, sob o número 01133851720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113385-17.2019.8.06.0001 e código 44B2938.


Prefeitura de Fortaleza
Prontuário
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS PARQUE SAO JOSE (6446256)
Receituário de Medicamentos
 Número: 2045417

Nome: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA - Feminino - 11/08/1981 (36 anos)
Cartão Nacional 706805717176429
Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO
Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715 - PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CE
Endereço Emitente: RUA DESEMBARGADOR FROTA, 0 - PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CE Telefone: 34835451

Uso: VIA INALATORIA
SALBUTAMOL 100MG C/200 DOSES
Fazer ___ 4 ___ puffs até de 4/4 horas se tosse insistente, chiado ou cansaço

Uso: VIA ORAL
PREDNISONA 20MG
1CP 1X/D DURANTE 5 DIAS

Uso: VIA ORAL
DIPIRONA 500MG
Tomar 01 comprimido até de 6 em 6 horas se dor ou febre

Uso: VIA INALATORIA (Não padronizado pelo Município)
BECLOMETASONA (CLENIL HFA) 200MCG
2JATOS PELA MANHÃ E 2 JATOS À NOITE LAVAR A BOCA APÓS USO

> * Item disponível no programa "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" (Conheça o Programa Farmácia Popular)
Serão entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados pelo município

FORTALEZA, 24 de Julho de 2018

Assinado por: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA
Página 1 de 1

RENNAN ALVES CAMPELO BESSA
CRM - 16018 / CNS: 700604734033757
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data/Hora: 24/07/2018 - 13:57:05

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho)
Data/Hora: 29/05/2018 - 14:57:10
Página 1 de 1
RENAN ALVES CAMPELO BESSA

I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

cloridrato de amitriptilina



"Medicamento genérico Lei nº 9.787, de 1999"

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos de 25-mg e 75 mg em embalagens contendo 30 unidades.

USO ORAL

USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 11 ANOS
(25mg)

USO ADULTO (75mg)

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido revestido de 25 mg contém:

cloridrato de amitriptilina 25 mg
excipiente q.s.p* 1 comprimido revestido
* fosfato de cálcio dibásico di-hidratado, lactose monoidratada, celulose microcristalina, croscarmelose sódica, estearato de magnésio, dióxido de silício, talco, álcool polivinílico, macrogol, amarelo crepúsculo laca de alumínio e dióxido de titânio.

Cada comprimido revestido de 75 mg contém:

cloridrato de amitriptilina 75 mg
excipiente q.s.p* 1 comprimido revestido
* fosfato de cálcio dibásico di-hidratado, lactose monoidratada, celulose microcristalina, croscarmelose sódica, estearato de magnésio, dióxido de silício, talco, álcool polivinílico, macrogol, amarelo crepúsculo laca de alumínio e dióxido de titânio.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?

O médico receitou o cloridrato de amitriptilina para tratar uma

ou mais das seguintes condições (urinar na cama à noite). propriedades ansiolíticas e

2. COMO ESTE MEDICAMENTO

O cloridrato de amitriptilina possui propriedades ansiolíticas e este medicamento é utilizado no tratamento de depressão, mas também pode causar enurese noturna (urinar na cama)

3. QUANDO NÃO DEVO TOMAR

Você não deve tomar cloridrato de amitriptilina se for alérgico(a) a qualquer um dos componentes ou se estiver recebendo tratamento com inibidores da monoamina oxidase ou com cisaprida; ou se nos últimos 30 dias.

Gravidez - Categoria de risco B

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.

Este medicamento contém

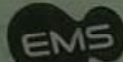
4. O QUE DEVO SABER SOBRE O MEDICAMENTO?

A amitriptilina deve ser utilizada com cautela em pacientes com histórico de convulsões, histórico de retenção urinária, glaucoma (pressão intraocular aumentada) ou naqueles com pressão intraocular aumentada. Pacientes em uso de antidepressivos devem ter cautela em potencializar os efeitos de fadiga. Deve-se ter cautela em pacientes com histórico de redução do fluxo lacrimal, ressecamento da córnea.

A amitriptilina não é recomendada para pacientes com porfiria (associação com crises de porfiria). Hiperpirexia tem sido

AQ 043742

op (62) 0407 0 1410200



ou mais das seguintes condições: depressão e enurese noturna (urinar na cama à noite). O cloridrato de amitriptilina possui propriedades ansiolíticas e sedativas (calmantes).

2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

O cloridrato de amitriptilina é um antidepressivo com propriedades ansiolíticas e sedativas (calmante). Assim sendo, este medicamento é utilizado principalmente para o tratamento de depressão, mas também é utilizado para o tratamento de enurese noturna (urinar na cama à noite).

3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

Você não deve tomar cloridrato de amitriptilina se: for alérgico(a) a qualquer um dos componentes deste medicamento; estiver recebendo tratamento para depressão com medicamentos inibidores da monoaminoxidase (IMAO); estiver recebendo tratamento com cisaprida; ou tiver sofrido de infarto do coração nos últimos 30 dias.

Gravidez - Categoria de risco C

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Este medicamento contém LACTOSE.

4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

A amitriptilina deve ser usada com cautela em pacientes com histórico de convulsão, função hepática comprometida, histórico de retenção urinária (em virtude de sua ação atropínica) ou naqueles com glaucoma de ângulo estreito ou pressão intraocular aumentada.

Pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos podem potencializar os efeitos de fármacos vasopressores. Deve-se ter cautela em pacientes usuários de lentes de contato, visto que há relatos associando o uso da amitriptilina com a redução do fluxo lacrimal, que pode ser suficiente para causar ressecamento da córnea.

A amitriptilina não é recomendada para pacientes portadores de porfiria (associação com crises de porfiria).

Hiperpirexia tem sido relatada quando

№ 11 от (62) _____

EMPRESA DE N E S T

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SAO JOSE (6446256)

XtraExport

SUS

PRONTUARIO

1ª VIA FARMACIA

9/2018

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS PARQUE SAO JOSE (6446256)

XtraExport

Receituário Controle Especial

SUS

PRONTUARIO

1ª Via

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PORTALEZA, 25 de setembro de 2018

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

RENNAN ALVES CAMPELO BESSA - CRM/CE - 16018
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

RUA DESEMBARGADOR FROTA, 0, PARQUE SAO JOSE, FORTALEZA - CE - FONE 34835451

Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA (7200387) - Feminino - 11/08/1981 (37 anos) Cartão Nacional: 706805717176429

Nome da Mãe: JARINA PAULA DE ARAUJO Endereço: RUA COMENDADOR GARCIA, 1715, PARQUE SAO JOSE, FORTALEZA - CE

uso: VIA ORAL (Não padronizado pelo Município) 60 unidade(s)

AMITRIPTILINA 25MG
1CP A NOITE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	
Ident.	Org. Emissor
End.	
Cidade	UF
Telefone	

Prescrito por: RENNAN ALVES CAMPELO BESSA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome e Assinatura	de

FastMedic Sistemas | © FastSaúde | Versão: 1

Página: 1

25/09/2018 13:51



11-11 00 (61) SAO JOSE DO CARVALHO, 11-11 00 (61)



**ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA**

**Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones: (85) 3232-3222**

**SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
CONVÊNIOS**

Nome

*Cláudio Prôma
de Sousa*

Convênio

Data

10.11.2019 ____/____/____

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico:

Luxação tibial

(F)

Tratamento:

curto
fenda
na
cinesio
melano

Obs.:

Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	INDENTE
01	20.11.19	X
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		



Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 3001357-47.2018.8.06.0015 em 29/08/2018 12:41:56 por ANDRE MEDEIROS SALES

Documento assinado por:

- ANDRE MEDEIROS SALES

Consulte este documento em:
<http://pje.tjce.jus.br:80/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **18082912392255800000008243756**
ID do documento: **8440408**



18082912392255800000008243756

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: 5324601

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Profissional: DIRECAO DA
EMERGENCIA

Atividade: MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)

Data Registro: 07/10/2014

10:15:35

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

1- DIETA GERAL

2- DIPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N

4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N

5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N

6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS

7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ

8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL

9- SINAIS VITAIS

10- HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA

11- AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG

12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H

13- VALIUM IM

14- SOLUCORTEF 500MG + 10 ML SF 0,9% IV 12/12H

15- AEROSOL 3ML SF + BEROTEC 3GTS + ATROVENT 10GTS

~~16- Copia de Histórias em Unid. de Cuidado, Acima.~~

Data da Impressão: 07/10/2014 10:15:38

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O. 10424
Carimbo e Assinatura do Médico

BRUNO, SRA. RUTHA, N.S.

URBANA Viana S.O.

CA. DA GUL. HELENA

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

07/10/2014 09:2

- Prescrição Médica

http://172.30.40.252/generator/rege/app/imprime_receituario.php
Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: **5324601**

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Profissional: **CARLOS EMANUEL VASCONCELOS**Atividade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**Data Registro: **06/10/2014 08:17:04**

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

- 1- DIETA GERAL *SND*
- 2- DIPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N *SIN 14 02*
- 4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N *SIN*
- 5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N *SIN*
- 6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS *AS 06 06*
- 7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ
- 8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL *SIN*
- 9- SINAIS VITAIS *rotina*
- 10- HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA *27*
- 11- AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG *27*
- 12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H *24 22 06*
- 13- VALIUM IM *20*
- 14- SOLUCORTEF 500MG + 10 ML SF 0,9% IV 12/12H *20 9/6*
- 15- AEROSOL 3ML SF + BEROTEC 3GTS + ATROVENT 10GTS

Data da Impressão: 06/10/2014 08:17:08

Dr. Carlos Emanuel Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
R. 279, 8.º andar, 13.º andar
CEP: 5.115

CARLOS EMANUEL VASCONCELOS - C.R.M./C.R.O.:
Carimbo e Assinatura do Médico

zstor - Gestão de Serviços e Residências Médicas

https://www.hgresidencia.com.br/ijf/c_cirurgia_inserir_pi**Sair**

Usuário: ADILSON2

11:06:03

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO EDUCAÇÃO ADMINISTRAÇÃO COMUNICADOS MAIS RECENTES
PACIENTES ENVIO DE IMAGENS MAPA CIRÚRGICO

Cirurgia Marcada com sucesso !

Leito: 999

Paciente: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

Ciruriga: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Staff: PAULO CESAR

Data : 09/10/2014 - 13:30

Material: TREPANO ELETRICO + CX BASICA TO PARA MMII + CX DHS/DCS COM PLACAS LONGAS

Fortaleza 1

Dr. JOSÉ PROTA
"de proteção à vida"

PARECER MÉDICO 1			
ESPECIALIDADE: <u>T.O.</u>	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H	CARIMBO E ASS MÉDICO SOLICITANTE:	
EXAME CLÍNICO:			
DIAGNÓSTICO:		CÓDIGO:	CID:
CONDUTA:			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
PARECER MÉDICO 2			
ESPECIALIDADE:	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H	CARIMBO E ASS MÉDICO SOLICITANTE:	
EXAME CLÍNICO:			
DIAGNÓSTICO:		CÓDIGO:	CID:
CONDUTA:			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
① Propofol 100mg - 100ml 50.22.67 (Surgimento)			
Airton Lopes Médico CREMEC 9877			
② Dipirona (2B) ③ 6/6h, 5ml. 24			
Airton Lopes Médico CREMEC 9877			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
☐ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Evasão	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA:	HORA:
☐ Transferência ☐ Internação ☐ Óbito			
INTERNAÇÃO			
PROCEDIMENTO:	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA:	HORA:
ÓBITO			
ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? ☐ SIM ☐ NÃO	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA ÓBITO:	HORA:
OBSERVAÇÕES:			
DESTINO DO CORPO:			
☐ IML ☐ SVO	☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: _____)		

AM 000.807 Versão 2 - 61/FEV/07 - 1 Via - Formato A4(210x297).

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 Horas de Proteção à Vida"
NULAB - NÚCLEO DE LABORATÓRIO
RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 1816-CENTRO
(85) 3255 5013

CLIENTE: CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

IDADE : 32 a, 1 m, 21 d

TELEFONE :

Dr.(a) : 3AUGUSTO TADEU BARROS DE SOUSA

DATA : 01/10/2014

PEDIDO: 175437-00

Entrega: EMERGENCIA - MEDIO RISCO 3

IMP: 01/10/2014 17:05 - FATIMA - SoFL@b

PAG: 3 de 3

Leito: CORREDOR DA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

	Valores encontrados		Valores de referência
Hemácias	3,89	mm ³	Homens...: 4.3 a 6.0 milhões/mm ³ Mulheres: 3.5 a 5.4 milhões/mm ³
Hemoglobina	9.6	g/dl	Homens...: 13.5 a 18.0 g/dl Mulheres: 11.5 a 16.4 g/dl
Hematócrito	32.3	%	Homens...: 40 a 54 % Mulheres: 36 a 47 %
V.C.M.	83	fL	76 a 100 fL
H.C.M.	24.7	pg	25.5 a 34 pg
C.H.C.M.	29.7	g/dl	32.0 a 36 g/dl
R.D.W.	16.4	%	12.0 a 16 %
H.D.W.	2.57	g/dl	2.2 a 3.2 g/dl

LEUCOGRAMA

Contagem Total dos Leucócitos	7.320	/mm ³	Até 1 mês...: 5.000 a 20.000/mm ³ 1 a 7 anos...: 5.500 a 15.000/mm ³ 7 a 12 anos...: 4.500 a 13.000/mm ³ Adultos...: 3.600 a 10.000/mm ³
Diferencial	%	/mm ³	%
Neutrófilos	49,2	3.601	37 a 75
Mielócitos	0	0	1.400 a 6.500
Metamielócitos	0	0	-
Bastões	0	0	0 a 1
Segmentados	49,2	3.601	37 a 75
Eosinófilos	8,3	607	0.5 a 11
Basófilos	0,7	51	0 a 3
Linfócitos	36,3	2.659	20 a 55
Monócitos	5,5	402	2.5 a 11
Plaquetas	348.000	/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
M.P.V.	6,6	fL	7.2 a 11.1 fL
P.C.T.	0,23	%	0.12 a 0.36 %
P.D.W.	34,5	%	25.0 a 65.0 %

Obs: Ausência de granulações tóxicas nos Neutrófilos (AGTN)

Hemácias Hipocromicas

Hemácias Anisociticas

Presença de Linfócitos atípicos (LPA) Raros

Plaquetas morfológicamente normais (PMN)

Data de Coleta:

Método: Citometria a laser - Automatizado Advia 120, com revisão de lâmina.

Material:

Data de Liberação: 01/10/2014 16:29

Liberado por: SUZANA MARIA SOARES DE OLIVEIRA

Dra. Suzana Ma. Soares. de O. P.
CRF 809

Participa do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)

Este resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.
Seu médico determinará se exames complementares serão necessários.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 Horas de Proteção à Vida"
NULAB - NÚCLEO DE LABORATÓRIO
RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 1816-CENTRO
(85) 3255 5013

CLIENTE: CLAUDETE ARAUJO DE SILVA

IDADE :

TELEFONE :

DATA : 29/09/2014

Dr.(a) : AIRTON LOPES

PEDIDO: 175074-00

Entrega: EMERGENCIA - MEDIO RISCO 3

IMP-29/09/2014 17:45 - SILVA - SoFl@b

PAG 3 de 3

Leito: PROXIMO AO R 2

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

	Valores encontrados	Valores de referência
Hemácias	3,97 mm3	Homens...: 4.3 a 6.0 milhões/mm3 Mulheres: 3.5 a 5.4 milhões/mm3
Hemoglobina	10 g/dl	Homens...: 13.5 a 18.0 g/dl Mulheres: 11.5 a 16.4 g/dl
Hem. ócrito	32.9 %	Homens...: 40 a 54 % Mulheres: 36 a 47 %
H.M.	82.9 fL	76 a 100 fL
H.C.M.	25.2 pg	25.5 a 34 pg
C.H.C.M.	30.4 g/dl	32.0 a 36 g/dl
R.D.W.	16.8 %	12.0 a 16 %
H.D.W.	2,57 g/dl	2.2 a 3.2 g/dl

LEUCOGRAMA

Contagem Total dos Leucócitos	4.570	/mm3	Até 1 mês...: 5.000 a 20.000/mm3 1 a 7 anos...: 5.500 a 15.000/mm3 7 a 12 anos...: 4.500 a 13.000/mm3 Adultos....: 3.600 a 10.000/mm3	
Diferencial	%	/mm3	%	/mm3
Neutrófilos	54,5	2.490	37 a 75	1.400 a 6.500
Mielócitos	0	0	-	-
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-
Bastões	2	91	0 a 5	-
Segmentados	52,5	2.399	37 a 75	-
Eosinófilos	13,4	612	0,5 a 11	0 a 700
Basófilos	1,5	68	0 a 3	0 a 400
Linfócitos	26,1	1.195	20 a 55	1.200 a 4.000
Monócitos	4,5	205	2,5 a 11	0 a 1.000
Plaquetas	299.000	/mm3	150.000 a 450.000/mm3	
M.P.V.	6,8	fL	7,2 a 11,1 fL	
P.C.T.	0,2	%	0,12 a 0,36 %	
P.D.W.	48,7	%	25,0 a 65,0 %	

Obs: Hemácias Anisocíticas
Hemácias Hipocromicas
Ausência de granulações tóxicas nos Neutrófilos (AGIN)
Linfócitos sem atipias (LSA)
Plaquetas morfologicamente normais (PMN)

Data de Coleta:
Método: Citometria a laser - Automatizado Advia 120, com revisão de lâmina.
Material:

Data de Liberação: 29/09/2014 17:14 Liberado por: CARLOS CÉZAR PRIMO SOARES

Dr. Carlos César Primo Soares
CRF: 468

Participa do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)

Este resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.
Seu médico determinará se exames complementares serão necessários.

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: 5324601 Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: DIRECAO DA EMERGENCIA Atividade: MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)

Data Registro: 01/10/2014 10:05:14

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

1- DIETA GERAL

2- DIPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N

4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N

5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N

6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS 14 05

7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ 05

8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL

9- SINAIS VITAIS

10-HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20M. AD EV /DIA

11-AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG (23)

12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H 14 22 06

13- Ao PSA APÓS LIBERAÇÃO DO NEURO (OK)

Data da Impressão: 01/10/2014 10:05:16

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do Médico

02/12/14. ENFERM. P. AFES. 20.

ASSIN. N. 20.

ES - 14/11/14.

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: **5324601**

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Profissional: **DIRECAO DA EMERGENCIA**Atividade: **MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)**Data Registro: **30/09/2014 08:28:49**

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

1- DIETA GERAL

2- DIPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N

4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N

5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N

6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS

7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ

8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL

9- SINAIS VITAIS

10- HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA

11- AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG

12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H

33 AD **PSA**

Data da Impressão: 30/09/2014 08:28:49

José Guilherme Milhão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do Médico

30/09/14. BRASILEL, NSN, AFEBSUL.

UNSWAN JSM A OK

EN: SOUZA ETARES

A- **PSA**José Guilherme Milhão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

Visual HosPub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: 5324601

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Profissional: DIREÇÃO DA
EMERGÊNCIA

Atividade: MÉDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)

Data Registro: 29/09/2014 10:09:45

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

- 1- DIETA GERAL
- 2- DIPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N
- 3- ~~PROFENID 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 12/12hs~~ (SUSPENSÃO)
- 4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N
- 5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N
- 6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS
- 7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ
- 8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL
- 9- SINAIS VITAIS
- 10- HIDROCORTIZONA 100MG - 01FA + 20ML AD EV /DIA
- 11- ~~NBZ SF 3ML + BEROPEC 80TS + ATROVENT 40GTS 4/4HS~~
- 12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H

13- AEMOSOL 6m SF 93% OSL + BENDOL 0,5g + ATROVENT 3,2g

Data da Impressão: 29/09/2014 10:09:45

su - AD

DIREÇÃO DA EMERGÊNCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do MédicoJosé Guilherme Maciel Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

29/09/14 ESTÁVEL, APTA, MSW.

LAB Wm. N. Sim - OK.

CS: [assinatura]

José Guilherme Maciel Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

29/09/2014 00:57

24 horas de prática à vista

Fortaleza 8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Hora

Prescrição Médica

Enfermaria:

Leito:

Data: / /

Reg/Prontuário:

Observações

Aparazamento

1) Prof. Geral

2) Geral 100mg + ST 100ml CV 8/8h SN

3) Digoxina 0,125 + 0,125 CV 6/6h

4) Clozapina 100mg + ST 100ml CV 12/12

5) Aprot. 0,1 + 0,1 CV 12/12

6) 300ml CV 12/12

7) CCG + SSU

Dr. João Luiz L. Barros
Médico
CRM 18791

10) A

11) FENITOÍNA 100mg 2x 10 da 8/8h

Carimbo e Assinatura do Assistente:

Carimbo e Assinatura do Preceptor:

Carimbo e Assinatura do Residente:

PM 000.008 Versão 3 - 01/ Mai/ 07 - Via Única - Permiso AS (2189287).


INSTITUTO DE JOSÉ ARAÚJO
 "25 anos de proteção à vida"

Fortaleza 8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: <u>Donatella Maria de Jesus</u>		Enfermaria:	Leito:	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Hora	Prescrição Médica	Apazamento	Reg./Prontuário:	Observações
	1) 200g Glicose			
	2) 100ml 15% de CD 8K500			
	3) 100ml 10% de CD 8K500			
	4) 100ml 10% de CD 8K500			
	5) 100ml 10% de CD 8K500			
	6) 100ml 10% de CD 8K500			
	7) 100ml 10% de CD 8K500			
	8) 100ml 10% de CD 8K500			
	9) 100ml 10% de CD 8K500			
	10) 100ml 10% de CD 8K500			
	11) 100ml 10% de CD 8K500			
	12) 100ml 10% de CD 8K500			
	13) 100ml 10% de CD 8K500			
	14) 100ml 10% de CD 8K500			
	15) 100ml 10% de CD 8K500			
	16) 100ml 10% de CD 8K500			
	17) 100ml 10% de CD 8K500			
	18) 100ml 10% de CD 8K500			
	19) 100ml 10% de CD 8K500			
	20) 100ml 10% de CD 8K500			
	21) 100ml 10% de CD 8K500			
	22) 100ml 10% de CD 8K500			
	23) 100ml 10% de CD 8K500			
	24) 100ml 10% de CD 8K500			
	25) 100ml 10% de CD 8K500			
	26) 100ml 10% de CD 8K500			
	27) 100ml 10% de CD 8K500			
	28) 100ml 10% de CD 8K500			
	29) 100ml 10% de CD 8K500			
	30) 100ml 10% de CD 8K500			
	31) 100ml 10% de CD 8K500			
	32) 100ml 10% de CD 8K500			
	33) 100ml 10% de CD 8K500			
	34) 100ml 10% de CD 8K500			
	35) 100ml 10% de CD 8K500			
	36) 100ml 10% de CD 8K500			
	37) 100ml 10% de CD 8K500			
	38) 100ml 10% de CD 8K500			
	39) 100ml 10% de CD 8K500			
	40) 100ml 10% de CD 8K500			
	41) 100ml 10% de CD 8K500			
	42) 100ml 10% de CD 8K500			
	43) 100ml 10% de CD 8K500			
	44) 100ml 10% de CD 8K500			
	45) 100ml 10% de CD 8K500			
	46) 100ml 10% de CD 8K500			
	47) 100ml 10% de CD 8K500			
	48) 100ml 10% de CD 8K500			
	49) 100ml 10% de CD 8K500			
	50) 100ml 10% de CD 8K500			
	51) 100ml 10% de CD 8K500			
	52) 100ml 10% de CD 8K500			
	53) 100ml 10% de CD 8K500			
	54) 100ml 10% de CD 8K500			
	55) 100ml 10% de CD 8K500			
	56) 100ml 10% de CD 8K500			
	57) 100ml 10% de CD 8K500			
	58) 100ml 10% de CD 8K500			
	59) 100ml 10% de CD 8K500			
	60) 100ml 10% de CD 8K500			
	61) 100ml 10% de CD 8K500			
	62) 100ml 10% de CD 8K500			
	63) 100ml 10% de CD 8K500			
	64) 100ml 10% de CD 8K500			
	65) 100ml 10% de CD 8K500			
	66) 100ml 10% de CD 8K500			
	67) 100ml 10% de CD 8K500			
	68) 100ml 10% de CD 8K500			
	69) 100ml 10% de CD 8K500			
	70) 100ml 10% de CD 8K500			
	71) 100ml 10% de CD 8K500			

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: **5324601** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: **DIRECAO DA EMERGENCIA**

Atividade: **MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)**

Data Registro: **01/10/2014 10:05:14**

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

- 1- DIETA GERAL
- 2- DAPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N
- 4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N
- 5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N
- 6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS
- 7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ
- 8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL
- 9- SINAIS VITAIS
- 10-HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA
- 11-AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG
- 12- FENITOINA 100MG 1CPVO DE 8/8H

33- Ao **PSA** **APÓS LIBERAÇÃO DO NEURO**

Data da Impressão: 01/10/2014 10:05:16

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do Médico

07/10/14. ENTRA EL, P.S., AFESOR.

USUÁRIO: J. F. F. F.

CS = J. F. F.

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 7409

01/10/2014 09:47

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: 5324601

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Profissional: DIRECAO DA EMERGENCIA

Atividade: MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)

Data Registro: 05/10/2014 09:55:25

Descrição:

CLAUDETE ARAUJO DE SOUSA

- 1- DIETA GERAL
- 2- DAPIRONA (02:18) AD, EV, DE 6/6hs S/N SN 464 22.30h 84
- 4- TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8hs S/N SN 464
- 5- PLASIL (02:18) AD, EV, DE 8/8hs S/N SN 464
- 6- LIQUEMINE 0,25ML SC 12/12HS 464 464
- 7- RANITIDINA 150MG VO PELA MANHÃ 464
- 8- BUSCOPAN COMPOSTO (05:15)AD, EV, DE 6/6hs SE DOR ABDOMINAL SN
- 9- SINAIS VITAIS
- 10-HIDROCORTIZONA 100MG -01FA +20ML AD EV /DIA 464
- 11-AEROSOL COM SF0,9% 05ML+ BEROTEC 5GTS + ATROVENT 10MG 13 464
- 12- FENITOINA 100MG ICPVO DE 8/8H 464 22 464
- 13-VALIUM IM AS 20Hs. (204) 464

14- PRECER DA CLINICA GEM (ASMA).

15- PRECER DA PSICLOGIA

DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do Médico

16. Educator 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

17. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

18. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

19. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

20. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

21. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

22. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

23. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

24. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

25. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

26. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

27. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

28. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

29. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

30. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

31. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

32. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

33. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

34. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

35. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

36. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

37. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

38. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

39. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

40. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

41. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

42. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

43. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

44. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

45. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

46. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

47. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

48. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

49. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

50. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

51. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

52. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

53. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

54. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

55. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

56. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

57. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

58. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

59. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

60. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

61. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

62. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

63. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

64. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

65. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

66. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

67. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

68. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

69. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

70. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

71. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

72. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

73. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

74. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

75. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

76. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

77. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

78. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

79. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

80. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

81. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

82. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

83. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

84. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

85. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

86. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

87. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

88. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

89. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

90. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

91. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

92. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

93. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

94. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

95. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

96. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

97. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

98. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

99. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464

100. Analgésico 100mg + 100ml SF 0,9% EV 464



Rome Melo
Médico
CRM 7409

José Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

DECISÃO

Processo nº: **0113385-17.2019.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **Claudete Araújo da Silva**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Vistos, etc.

Gratuidade deferida.

Desde o advento no novo CPC, "*se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência*", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação.

Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual:

Súmula 474 - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providência que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original).

Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que:

(...)

II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original).

Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte autora, pessoalmente (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp 1.364.911-GO, Rel.

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. **Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas na Sala de Perícias no Fórum Clóvis Beviláqua, localizada no Bloco 02, piso térreo, ao lado da Central de Atendimento Judicial, situada na Av. Desembargador Floriano Benevides, nº 220, Edson Queiroz, nesta capital.**

Indique, assim, a Secretaria, nome de perito para realizar a mesma, observado o que estabelece a Resolução nº. 04/2017, de 06 de abril de 2017, do Órgão Especial do TJCE, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205 - cuja inclusão no pólo passivo, caso ainda não realizada, determino ex officio -, o pagamento dos honorários de referido expert.

Intimar as partes, ainda:

a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos;

b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão.

Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados.

Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum.

Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas.

Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja aqui realizada.

Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348,
Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova, eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista.

Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo.

Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ.

Fortaleza/CE, 27 de fevereiro de 2019.

Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima
Juíza de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO AUTOMÁTICA

Processo nº: **0113385-17.2019.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**

Certifica que o expediente de Carta, foi confeccionado pela **SEJUD** e encontram-se à apreciação do gabinete do Juízo.

Fortaleza/CE, 27 de fevereiro de 2019.

Servidor da SEJUD

*Certidão gerada de forma automática



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.brFortaleza

CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0113385-17.2019.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **Claudete Araújo da Silva e outro**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
 Senha do Processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada << Informação indisponível >>**

Senhor(a) Representante Legal do(a)

A presente carta, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) **Dr(a). Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima**, Juiz(a) de Direito da 14ª Vara Cível (SEJUD V), tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. Para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente.

Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada pela internet no site www.tjce.jus.br informando o número do processo e a senha que segue à margem superior direita, documento pessoal e intransferível, a qual permite total acesso à tramitação processual, sendo considerada vista pessoal, consoante dispõe o § 1º do art. 9º da Lei nº. 11.419/2006, como parte integrante desta carta.

Fortaleza/CE, 27 de fevereiro de 2019.

Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima
Juíza de Direito

Assinado Por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei 11.419/2006: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - assinatura eletrônica as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica; Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL e depois Conferência de Documento Digital do 1º grau. Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0113385-17.2019.8.06.0001**
 Apensos:
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **Claudete Araújo da Silva e outro**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 28/02/2019 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) [Intimação Eletrônica] - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Vistos, etc. Gratuidade deferida. Desde o advento no novo CPC, "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação. Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual: Súmula 474 - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providência que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC: Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe: (...) VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original). Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: () II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original). Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte autora, pessoalmente (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp 1.364.911-GO, Rel. Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas na Sala de Perícias no Fórum Clóvis Beviláqua, localizada no Bloco 02, piso térreo, ao lado da Central de Atendimento Judicial, situada na Av. Desembargador Floriano Benevides, nº 220, Edson Queiroz, nesta capital. Indique, assim, a Secretaria, nome de perito para realizar a mesma, observado o que estabelece a Resolução nº. 04/2017, de 06 de abril de 2017, do Órgão Especial do TJCE, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na rua Senador

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

Dantas nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205 - cuja inclusão no pólo passivo, caso ainda não realizada, determino ex officio -, o pagamento dos honorários de referido expert. Intimar as partes, ainda: a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos; b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão. Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados. Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum. Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas. Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja aqui realizada. Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado. INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova, eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista. Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo. Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ."

Fortaleza/CE, 28 de fevereiro de 2019.

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0113385-17.2019.8.06.0001**
Apenso:
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente **Claudete Araújo da Silva e outro**
Requerido **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICO que em 11/03/2019 o prazo para cientificação da intimação eletrônica disponibilizada ao(a) [Intimação Eletrônica] - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A esgotou-se, considerando-se como efetivada a intimação eletrônica, conforme art. 5º, parágrafo 3º, da lei 11.419/06¹, abaixo transcrito, iniciando-se a contagem do prazo legal para manifestação, conforme preceitua o art. 219 do CPC.

Fortaleza/CE, 11 de março de 2019.

¹ "Art. 5º As intimações serão feitas por meio eletrônico em portal próprio aos que se cadastrarem na forma do art. 2º desta Lei, dispensando-se a publicação no órgão oficial, inclusive eletrônico.

§ 3º A consulta referida nos §§ 1º e 2º deste artigo deverá ser feita em até 10 (dez) dias corridos contados da data do envio da intimação, sob pena de considerar-se a intimação automaticamente realizada na data do término desse prazo".

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0175/2019, encaminhada para publicação.

Advogado
Andre Medeiros Sales (OAB 29837/CE)

Forma
D.J

Teor do ato: "Vistos, etc. Gratuidade deferida. Desde o advento no novo CPC, "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação. Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual: Súmula 474 - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providência que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC: Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe: (...) VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original). Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: () II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original). Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte autora, pessoalmente (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp 1.364.911-GO, Rel. Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas na Sala de Perícias no Fórum Clóvis Beviláqua, localizada no Bloco 02, piso térreo, ao lado da Central de Atendimento Judicial, situada na Av. Desembargador Floriano Benevides, nº 220, Edson Queiroz, nesta capital. Indique, assim, a Secretaria, nome de perito para realizar a mesma, observado o que estabelece a Resolução nº. 04/2017, de 06 de abril de 2017, do Órgão Especial do TJCE, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205 - cuja inclusão no pólo passivo, caso ainda não realizada, determino ex officio -, o pagamento dos honorários de referido expert. Intimar as partes, ainda: a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos; b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão. Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados. Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum. Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas. Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja

aqui realizada. Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado. INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova, eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista. Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo. Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ."

Do que dou fé.
Fortaleza, 18 de março de 2019.

Diretor(a) de Secretaria

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico e dou fé que o ato abaixo, constante da relação nº 0175/2019, foi disponibilizado na página 381/402 do Diário da Justiça Eletrônico em 20/03/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 22/03/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Certifico, ainda, que para efeito de contagem do prazo foram consideradas as seguintes datas.
25/03/2019 - Data Magna no Ceará - Prorrogação

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Andre Medeiros Sales (OAB 29837/CE)	15	12/04/2019

Teor do ato: "Vistos, etc. Gratuidade deferida. Desde o advento no novo CPC, "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação. Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual: Súmula 474 - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providência que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC: Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe: (...) VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original). Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: () II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original). Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte autora, pessoalmente (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp 1.364.911-GO, Rel. Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas na Sala de Perícias no Fórum Clóvis Beviláqua, localizada no Bloco 02, piso térreo, ao lado da Central de Atendimento Judicial, situada na Av. Desembargador Floriano Benevides, nº 220, Edson Queiroz, nesta capital. Indique, assim, a Secretaria, nome de perito para realizar a mesma, observado o que estabelece a Resolução nº. 04/2017, de 06 de abril de 2017, do Órgão Especial do TJCE, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205 - cuja inclusão no pólo passivo, caso ainda não realizada, determino ex officio -, o pagamento dos honorários de referido expert. Intimar as partes, ainda: a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos; b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão. Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados. Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do

comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum. Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas. Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja aqui realizada. Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado. INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova, eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista. Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo. Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ."

Do que dou fé.
Fortaleza, 22 de março de 2019.

Diretor(a) de Secretaria