

Novo Oriente / Vara Única da Comarca de Novo Oriente



0001258-28.2019.8.06.0134

Classe : Procedimento Comum
Assunto principal : Seguro
Competência : Cível Interior
Valor da ação : R\$ 9.450,00
Volume : 1
Requerente : **FRANCISCO EDSON DA SILVA**
Advogada : Antonia Derany Mourão dos Santos (OAB:
34813/CE)
Requerido : **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS
DO SEGURO DPVAT**
Distribuição : Sorteio - 17/06/2019 11:14:38

Va
Vara Única



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.813
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com



**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA
DA COMARCA DE NOVO ORIENTE/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ
COMARCA DE NOVO ORIENTE-CE

PROTOCOLO Nº 1173-1

DATA 13/06/2019 às 13:04

P
RESPONSÁVEL

FRANCISCO EDSON DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. **2006015000710** emitido por SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº. **031.285.893-05**, residente e domiciliado na Rua Antônio Lotero, nº. 282, Bairro Alto da Colina, município de Novo Oriente/CE, CEP nº 63.740-000, **sem endereço eletrônico**, vem à presença de V. Excelência, por sua advogada, com escritório profissional situado na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, Crateús/CE – CEP: 63.702.885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396, e-mail: deranysantos@hotmail.com, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** (CNPJ nº. 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 11.945/2009 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).



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DOS FATOS E DO DIREITO

O(a) requerente no dia **05 de Maio de 2018, por volta das 16h00min**, sofreu um acidente de trânsito, quando estava parado no acostamento da estrada montado na **MOTOCICLETA marca/modelo HONDA/CG 150cc FAN ESI, placa NUX 7124-CE, chassi 9C2KC1550AR146087, licenciada em nome de MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHADO ME**, quando repentinamente foi colhido por um veículo tipo D-20 de demais características desconhecidas que realizava uma ultrapassagem, após o ocorrido o requerente foi socorrido para o Hospital municipal de Novo Oriente/Ce, e dali foi encaminhada para o Hospital São Lucas da cidade de Crateús/Ce, 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 (**sinistro nº. 3190/329385**), 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 **NÃO ERA PORTADOR DE SEQUELAS PERMANENTES (conforme carta em anexo)**. Ocorre Excelência, o(a) requerente juntou TODA documentação exigida por Lei conforme segue em anexo a este petítório, 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 em **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**, ou seja, de acordo com a tabela anexa a lei 11.945/2009 a indenização da parte autora poderá atingir o limite de **ATÉ 70% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) quanto ao valor efetivamente (o) autor(a) terá direito a parte autora somente a perícia médica vai constatar, uma vez que o autor(a) é portador de sequela 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 70% (setenta por cento)** do valor previsto na referida Lei, o que equivale a **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, de acordo com a tabela abaixo:

DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa	100	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

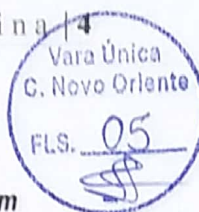


End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

de ambos os membros superiores ou inferiores						
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						
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	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 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**



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

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 70% (setenta por cento) do valor previsto para o seguro obrigatório DPVAT, o que corresponde a R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), nos termos da Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009.

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.



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

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 5quitativa 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



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

Página 6



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

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 equitativa 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;



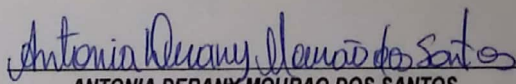
End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

- 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\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).**

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Crateús/CE, 12 de Junho de 2019.


ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS
ADVOGADA OAB/CE 34.613



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Edson da Silva</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>2006015000710</i>	
CPF nº: <i>034.285.893-05</i>	Residência: <i>Rua Antonio Lotero, 282</i>		
Bairro: <i>Alto da Colina</i>	Cidade: <i>Novo Quente</i>	Estado/UF: <i>Biaia</i>	CEP: <i>63.740-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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

CRATEÚS – CE., 10 de junho de 2019.

x *Francisco Edson da Silva*
 (outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francisco Edson da Silva

CPF Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Identificação

031.285.893-05

FRANCISCO EDSON DA SILVA

Nº de Inscrição 02/09/1993

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2006015000710 DATA DE EMISSÃO 4/1/2006

NOME FRANCISCO EDSON DA SILVA

FILIAÇÃO LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA E L
EONIZA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO 2/9/1993

DOC. OBRIG. CERT. NASC. 15145 L A.13 F

2003 NOVO ORIENTE/CE

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Francisco Edson da Silva</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Antonio Botelho, 282</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>031.285.893-05</i>	RG nº: <i>2006015000710</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Altada Colina</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.740.000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE, 10 de Junho de 2019.

** Francisco Edson da Silva*

Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

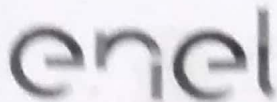
DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Francisco Edson da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Rua Antonio Latoro, 282</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>031.285.893-05</u>	RG nº: <u>2006015000710</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Alto da Colina</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.740.000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - CE, 10 de Junho de 2019.

x Francisco Edson da Silva
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 573226941
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 030433728/0001-70 | CGF 06-105.848-3

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



Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7943698 6

VENCIMENTO
20/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
181,48

DADOS DO CLIENTE
Rota 04 038030 01 0138010 Medidor 11133634 Poste 0000 0
Nome INGRYD WESS TEIXEIRA SOUSA
Endereço Postal

End. da Unidade RU ANTONIO LOTERO 00282 ALTO DA COLINA NOVO ORIENTE
Consumidora 63740000

RG / CPF / CNPJ 030.815.663-39 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
21148	21018	1	130	0	130

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data da Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/05/2019	08/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

98AC.1C82.5BAC.A387.8D22.9086.80F0.1E3E

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

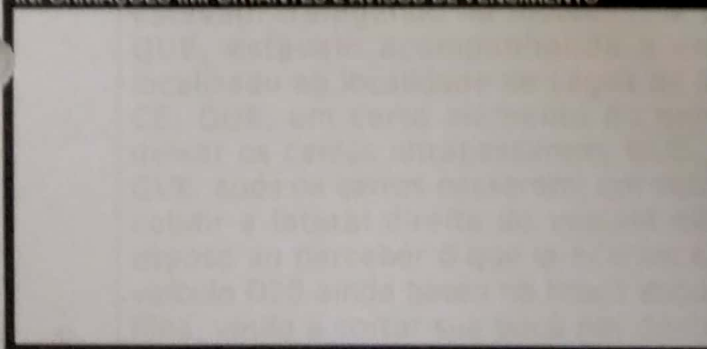
JUROS DO MES	0,04
JUROS DO MES	0,81
MULTA MORATORIA	0,87
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,89
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,16
TAXA DE RELIGACAO	7,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	10,11
CUSTO ADMIN RELIGACAO A REVELIA	118,68
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,19)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

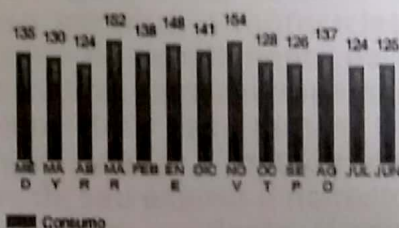
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,88

Conjunto CRATEUS

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	1,11	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: 7943698-6 Nº da Nota Fiscal: 573226941 Total a Pagar (R\$): 181,48
Data de Emissão: 16/05/2019 Referência: MAI/2019 Nº de Controle: 0007943698 00030 4337 2 22

83810000001-9 81480031000-5 00079436980-4 00304337272-9



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 247 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 15:51:55**Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 16:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO ENTRADA DA LOC. DE LAGOA DE DENTRO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **SUYANNE TEIXEIRA SOUSA**Nascimento: **03/08/1991** CPF: **045.081.673-73**RG: **559425272**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ANTONIA EVANGELISTA DE SOUSA****JOSE ZILMAR TEIXEIRA DE SOUSA**Endereço: **RUA ANTONIO LOTERO, 282**Bairro: **ALTO DA COLINA**Município: **NOVO ORIENTE/CE**CEP: **63.740-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **NUX7124** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2KC1550AR146087** Renavam: **224016431** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHADO****ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Que, a declarante juntamente com seu esposo Francisco Edson da Silva e sua filha Raylane Karine Sousa do Nascimento de 07 anos de idade, estavam trafegando na motocicleta Honda/CG 150 Fan, placa NUX7124; QUE, estavam acompanhando o enterro de sua avó até o cemitério localizado na localidade de Lagoa de Dentro, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, em certo momento do percurso pararam a motocicleta, para deixar os carros ultrapassarem; QUE, ficaram no acostamento da estrada; QUE, após os carros passarem, um veículo D20, ao tentar ultrapassar, veio a colidir a lateral direita do veículo na motocicleta das vítimas; QUE, seu esposo ao perceber o que ia acontecer, tentou deitar a motocicleta, mas o veículo D20 ainda bateu no braço esquerdo de seu esposo e no rosto de sua filha, vindo a cortar sua boca por dentro e quebrar um dente, já seu esposo sofreu uma fratura no braço esquerdo; QUE, o motorista evadiu-se do local sem prestar nenhum socorro; QUE, o condutor do veículo é conhecido por EVALDO, residente na localidade de Batista, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, após colisão as vítimas foram socorridas para o hospital local por populares que também estavam acompanhando o enterro; QUE, sua filha foi transferida para o Hospital de Sobral-CE, com suspeita de Traumatismo Crânio-Encefálico após vomitar muito sangue; QUE, até a presente data encontra-se internada no hospital de Sobral. QUE, seu estado de saúde é estável; QUE, sua irmã Ivina está acompanhando a sua filha no hospital por

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 16:03:52

Juliana Almeida
Maria L. A. Costa
AD-HOC

Suyanne Teixeira Sousa



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 247 / 2018

conta da declarante estar grávida; QUE, a declarante procurou **IVALDO** para que mesmo ajudasse nas despesas hospitalares de sua filha, onde a princípio concordou, e em seguida sumiu, ninguém sabendo mais seu paradeiro.



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Julio Klorta *Júlia F. Costa*
Escrivã AD' HOC

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Emerson Faria

VISTO DO DELEGADO(A) :

EMERSON FARIA - MAT.: 30114019



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE NOVO ORIENTE- CE



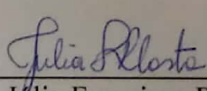
C E R T I D ã O

JÚLIA FRANCISCA RODRIGUES COSTA Escrivã
“ad hoc” de Polícia Civil, em exercício na
Delegacia Municipal de Polícia Civil de NOVO
ORIENTE-CE, no uso de suas atribuições legais,
etc...

C E R T I F I C O, para os devidos fins e efeitos legais, que, na data de 10/05/2018, alterei o conteúdo do Boletim de Ocorrência 511-247/2018, para acrescentar os dados pessoais e endereço das vítimas que foram citadas no referido Boletim de Ocorrência. As vítimas são: **FRANCISCO EDSON DA SILVA**, nascimento: 02/09/1993, CPF: 031.285.893-05, RG: 2006015000710, Órgão emissor: SSP UF: CE, filiação: Leoniza Maria da Silva e Lourival Francisco da Silva, endereço: Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740 e **RAYLANE KARINE SOUSA DO NASCIMENTO**, nascimento: 05/07/2010, filiação Suyanne Teixeira Sousa e Valdemir Araújo do Nascimento, Endereço Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740.

O referido é verdade. DOU FÉ.

Cartório da Delegacia Municipal de Polícia Civil de Novo Oriente-CE, aos dez (10) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezoito (2018).


Júlia Francisca Rodrigues Costa
Escrivã “ad hoc”

Júlia F. R. Costa
Escrivã AD' HOC

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 05/05/18

NOME:

Fca FOSCA DA SILVA

NOME DA MÃE:

Mrs Leonice DA SILVA

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO: 02/09/43 IDADE: 25. CARTÃO SUS: 16233940363 00041

SEXO:

M ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

Av. 9 101600

CIDADE:

N.O

PA:

X MMHG

DX: MG/DL

TEMPERATURA:

°C

1. SINAIS E SINTOMAS:

PRIMEIRA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC). PRIMEIRA

LEVA INJUNÇÃO EM COTOVELO (E) COM DEFECLORAÇÃO PL MUMINENTIA

2. DIAGNÓSTICO:

INJUNÇÃO EM COTOVELO (E)

3. CONDUTA:

ENCAMENTAMENTO: HRSL

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.D. J.M.F.L.

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Prontuário: _____

Endereço: R. ANTONIO LOBATO

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 02/09/1993

Ocupação: _____



Motivo do Encaminhamento?

PRETENDO VERIFICAÇÃO DO ACESSO AO MOTIVO (SIC), APRESENTANDO
INDICAÇÃO DE CAROTÍDIO (E) COM DEFEITO DE P/ MOVIMENTAR O

Resultado de Exames: NENHUM

Conduta já Realizada

Impressão Digitalizada A. Camelo
EXAME DE CAROTÍDIO (E) ?

CRM/CE: 18803

Assinatura

Função

07/05/18

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: H.M.S.X. Data 07/05/18 Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____

Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data



SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 102990
Atendimento 0003
Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVA

Documento(s) 2006015000710

Data de Nascimento 02/09/1993

Local CRATEUS/CE

Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA

Endereço RUA CLARINDO XAVIER, 686

Profissão AGRICULTOR

Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA

Bairro ALTO ALEGRE

CEP 83740-000

Município NOVO ORIENTE

Mãe LEONIZA MARIA DA SILVA

Cônjuge

CNS 162339403630004

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 24 Ano(s)

UF CE Telefone 88998544817

CPF do Responsável Endereço RUA CLARINDO XAVIER, 686

Município NOVO ORIENTE

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

Data Atendimento 07/05/2018
Hora 10:24
Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação trouxe guia de referencia dia 07/05/2018

Sala

Data/Hora Liberação

____/____/____ às ____ hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais vitais

Peso (kg) 62,000

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 82

R (rpm) 22

PA (mmHg) 140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 07/05/2018 12:03

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

paciente transferido para unidade, vítima de colisão de veículos, com edema em MSE na região do cotovelo, para avaliação com médico especialista em traumatologia.

SPO2: 98

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

paciente em atendimento
na unidade com o
cotovelo

com atendimento
na unidade com o
cotovelo

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: João Fagner da Silva Prontuário: _____

Endereço: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____



Motivo do Encaminhamento?

Paciente com dor, edema em

Resultado de Exames:

pe ① após fratura, unguem e
análise + imagem.

Conduta já Realizada

Assinatura

Função

14/02/2018

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data ____/____/____

Hora ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

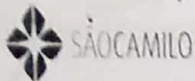
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data ____/____/____



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS



Impressão: 14/02/2018 12:01

Página 1
v2017005

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 132373 Atendimento 0001 Nome do Paciente JOSE FAGNER SALES CAMELO
Documento(s) CPF: 033.266.393-09 Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino
Data de Nascimento 07/01/1988 Idade 30 Ano(s)
Pai FRANCISCO CAMELO BIO Mãe TEREZA RODRIGUES SALES CAMELOS
Endereço RUA BRAZ CANDIDO MOREIRA, SN Bairro LAGOA DO TIGRE CEP 63740-000 Município NOVO ORIENTE UF CE Telefone 88997789241
Profissão MECANICO Empresa Cónjuge
Responsável MARIA ALICE SALES BIO CPF do Responsável Endereço RUA BRAZ CANDIDO MOREIRA, SN Município NOVO ORIENTE UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/02/2018 Hora 11:24 Convênio SUS Matricula CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação trouxe guia de referencia dia 14/02/2018

Sala Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 55,000 Altura (cm) T (°C) 36,4 P (bpm) 88 R (mpm) 19 PA (mmHg) 110 X 60

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 14/02/2018 12:00

Responsável pela Classificação: NAIR BANDEIRA LIRA

Relatório:

PACIENTE RELATA TRAUMA EM M, ID HA 01 DIA, RELATA DORMENCIA LOCAL.
SPO2:99

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Prontuário 132373
Paciente relata trauma em M, ID HA 01 DIA, RELATA DORMENCIA LOCAL.
SPO2:99

Jamil S. Jorqueira
Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Jose Fagner Sales
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ALICE SALES BIO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HUNTA

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: Fco Edison da Silva Prontuário: _____

Endereço: Av. Ant. Lorena

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 02/09/93 Ocupação: _____

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 20

Motivo do Encaminhamento?

Retorno tratamento físico

Resultado de Exames:

Fratura no braço @ h2 11 dias

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Assinatura: _____ Função: _____ Data: 29/05/18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: Prontuário 10157A

Unidade de Referência: HRS L Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____

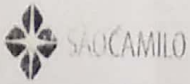
Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

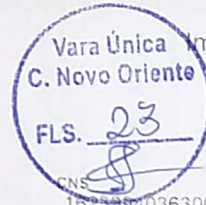
Assinatura do Consultante - N.º Registro _____ Função: _____ Data: 1/1



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE



Impressão: 29/05/2018 10:33

Página 1

v2017/005

Prontuário 10299Q Atendimento 0005 Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVA

Documento(s) Identidade: 2006015000710

Data de Nascimento 02/09/1993 Local CRATEUS/CE

Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA

Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282

Profissão AGRICULTOR

Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA

Mãe LEONIZA MARIA DA SILVA

Bairro ALTO ALEGRE

CEP 63740-000

Município NOVO ORIENTE

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 24 Ano(s)

UF CE Telefone 88 97269753

CPF do Responsável Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282

Município NOVO ORIENTE

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/05/2018 Hora 09:28 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

CRM/UF 6945/CE
Funcionário

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

MARTHA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação trouxe guia de referencia dia 29/05/2018

Sala

Data/Hora Liberação

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

S. Vitais

Peso (kg) 68,000

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 104

R (rpm) 20

PA (mmHg) 130 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/05/2018 10:30

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

PACIENTE COMPARECE A UNIDADE PARA RETORNO COM MÉDICO TRAUMATOLOGISTA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO SPO2,97

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Handwritten notes:
Paciente comparece
e se apresenta
sem queixas
e sem alterações
na avaliação física.

Handwritten: 13:30

Handwritten: alta M

Dr. Jamil S. Jorquera
Médico
CRM-CE 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Handwritten signature: Isotereque

Handwritten signature: Francisco Edson da Silva

Assinatura Paciente/Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA

Handwritten signature: Dr. Junior Ferraz
CRM 6029
TRAUMATOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 011628096599
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014
VIA 01 COD RENAVAM 00224016431 RNTIC 0000000000

NOME MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHA
CRATEUS /CE

CPF / CNPJ 01988881000163 PLACA NUX 7124 / CE
CHASSI 9C2KC1550AR146087

ESPÉCIE TIPO ESPECIE TIPO / NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

CATEGORIA PARTIC ANO MOD. 2010 ANO FAB. 2010

CAP / POT / OIL 22 / 0CV / 149CC COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

CRATEUS LOCAL DATA 11/06/2014
Assinatura: Igor Ponte

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011628096599 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 11/06/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 01988881000163 PLACA NUX 7124

RENAVAM 00224016431 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010 Nº CHASSI 9C2KC1550AR146087

PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



SINISTRO 3190329385 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO EDSON DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDSON DA SILVA**CPF/CNPJ:** 03128589305**Posição em 07-06-2019 09:04:27**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329385

Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0102101022 - carta_04 - INVALIDEZ

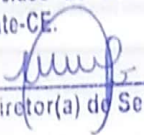
00070511



Carta nº 14393940

CONCLUSÃO

Aos 17 de 06 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.



Diretor(a) de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Novo Oriente

Vara Única da Comarca de Novo Oriente

Av. Francisco Rufino, S/N, Centro - CEP 63740-000, Fone: (88) 3629-1246, Novo Oriente-CE - E-mail: novooriente@tjce.jus.br

27

DESPACHO

Processo nº: 0001258-28.2019.8.06.0134
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Seguro DPVAT
Requerente: FRANCISCO EDSON DA SILVA
Requerido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT proposta por **FRANCISCO EDSON DA SILVA** em face de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, ambos devidamente qualificados.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, ante a declaração prestada pelo Autor.

Apesar de se tratar de demanda que comporta autocomposição, é consabido que o pagamento de indenização complementar por Seguradoras que fazem parte do Consórcio DPVAT deve ser, por obrigação legal, precedido de exame técnico que constate as lesões e sua definitividade. Em razão disso, deixo de determinar a realização da audiência de conciliação, por ser improvável a composição.

Diante disso, CITE-SE a parte Ré para que apresente contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335, III, do NCPC.

Expedientes necessários.

Novo Oriente-CE, 26 de junho de 2019.

Marcos Aurélio Marques Nogueira
Juiz de Direito – em Responsância



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Novo Oriente

Vara Única da Comarca de Novo Oriente

Av. Francisco Rufino, S/N, Centro - CEP 63740-000, Fone: (88) 3629-1246, Novo Oriente-CE - E-mail: novooriente@tjce.jus.brNovo Oriente

CARTA DE CITAÇÃO

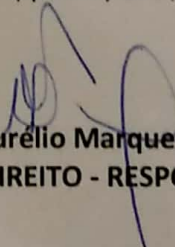
Novo Oriente/CE, 28 de junho de 2019.

Processo nº: 0001258-28.2019.8.06.0134
Classe – Assunto: Procedimento Comum - Seguro
Requerente: FRANCISCO EDSON DA SILVA
Requerido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

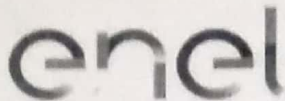
Prezado(a) Senhor(a),

Fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** para que tome conhecimento do inteiro teor da ação interposta contra si, cuja cópia segue anexa, e, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335, III, do NCPC.

Atenciosamente,


Marcos Aurélio Marques Nogueira
JUIZ DE DIREITO - RESPONDENDO

Sr(a). representante legal da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro
Rio De Janeiro-RJ
CEP 20031-205



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 573226941
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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



Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7943698 DV **6**

VENCIMENTO
20/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
181,48

DADOS DO CLIENTE

Rota 04 038030 01 0138010

Nome INGRYD WESS TEIXEIRA SOUSA

Endereço Postal

Medidor

11133634

Poste

0000 0

End. da Unidade Consumidora

RU ANTONIO LOTERO 00282 ALTO DA COLINA NOVO ORIENTE
63740000

RG / CPF / CNPJ

030.815.663-39

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

21148

21018

1

130

0

130

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

08/05/2019

Prev. Próxima
Leitura

08/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

98AC.1C82.5BAC.A387.8D22.9B86.80F0.1E3E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,04

JUROS DO MES

0,81

MULTA MORATORIA

0,87

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,89

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,16

TAXA DE RELIGACAO

7,98

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

10,11

CUSTO ADMIN RELIGACAO A REVELIA

118,68

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,19)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

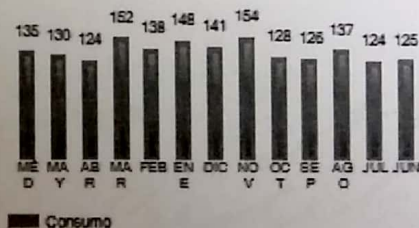
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,88

Conjunto CRATEUS

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	1,11	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7943698-6

N° da Nota Fiscal: 573226941

Total a Pagar (R\$): 181,48

Data de Emissão:

16/05/2019

Referência: MAI/2019

N° de Controle: 0007943698 00030 4337 2 22

83810000001-9 81480031000-5 00079436980-4 00304337272-9





SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 102990
Atendimento 0003
Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVADocumento(s)
Identidade: 2006015000710Data de Nascimento
02/09/1993Local
CRATEUS/CEPai
LOURIVAL FRANCISCO DA SILVAEndereço
RUA CLARINDO XAVIER, 686Profissão
AGRICULTORResponsável
SUYANE TEIXERA SOUSABairro
ALTO ALEGRECEP
63740-000Município
NOVO ORIENTE

Cônjuge

CPF do Responsável
Endereço
RUA CLARINDO XAVIER, 686Estado Civil
Solteiro(a)Sexo
Masculino
Idade
24 Ano(s)UF
CE
Telefone
88998544817Município
NOVO ORIENTEUF
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento
07/05/2018
Hora
10:24
Convênio
SUSProfissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF
6945/CETipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação
trouxe guia de referencia dia 07/05/2018

Sala

Data/Hora Liberação

____/____/____ às ____ hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Obito

Sinais vitais

Peso (kg)
62,000

Altura (cm)

T (°C)
36P (bpm)
82R (mpm)
22PA (mmHg)
140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 07/05/2018 12:03

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

paciente transferido para unidade, vítima de colisão de veículos, com edema em MSE na região do cotovelo, para avaliação com médico especialista em traumatologia.
SPO2: 98

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

paciente em atendimento
na unidade com o
exame

X + Atendimento \$ 4446
Anexo Anexo P
Falei com o

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA