

12/12/19

Quixeramobim / 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim



0002210-44.2019.8.06.0154

Classe : Procedimento Comum
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Competência : Cível Interior
Valor da ação : R\$ 12.150,00
Volume : 1
Requerente : Luana Barros da Silva (Representado(a) por sua Mãe)
Advogado : Pedro Victor Pimentel Azevedo (OAB: 31392/CE) e outro
Requerido : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Distribuição : Sorteio - 24/01/2019 15:03:46

2
Vara

EXMO (A). SR (A). DR (A). JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM/CE.

PROC. 22.10.44.2019.000134



ESTADO DO CEARÁ
PODERE JUDICIÁRIO
COMARCA DE QUIXERAMOBIM

PROTOCOLADO Nº 06/24/19
RECEBIDO 02/21/19 15:22

LUANA BARROS DA SILVA, brasileira, solteira, estudante, menor púbere, inscrita no CPF sob o nº 082.879.673-44, RG nº 2008935096-5, representada por sua genitora MARLY MARTINS BARROS, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 617.848.343-00, RG nº 20010200530436, residente e domiciliada à Fazenda Belo Monte, s/nº, Zona Rural, Quixeramobim/CE, CEP 63.800-000, vem à presença de V. Exa., por seu advogado, propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT S/A**, com sede na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, e o faz consubstanciado nas seguintes razões:

1. DOS FATOS.

No dia 07/11/2015, a parte autora sofreu um acidente de trânsito (colisão de motocicleta), vindo a ficar com debilidade permanente completa de membro superior, com lesão na face, perda de dentes e diversas escoriações pelo corpo, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

A parte demandante requereu e recebeu, na via administrativa, em 18/09/2017, apenas a quantia de R\$ 1.350,00 (mil, trezentos e cinquenta reais), quando deveria ter sido paga o valor de ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), corrigido desde a data do evento danoso.

Constatada a debilidade permanente da parte autora, em razão de acidente de trânsito, esta faz jus ao recebimento da quantia a título de complementação de ATÉ R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais), corrigida desde a data do sinistro.

2. DO DIREITO.

2.1 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO A INDENIZAÇÃO.

A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

A matéria foi sumulada pelo STJ (Súmula 474), devendo ser aplicada a todos os acidentes, indistintamente:

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



No caso presente, a parte promovente recebeu o valor a menor, pois a sua debilidade não foi enquadrada corretamente pela seguradora no momento do recebimento do seguro.

Portanto, tem a parte autora o direito ao recebimento da quantia de **ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** a título de complementação, em razão da debilidade apresentada em membro superior, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do acidente, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ.

2.2 PERDA COMPLETA DA FUNÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 100% DE R\$ 13.500,00.

É incontestável que a parte demandante sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, vindo a ficar com **debilidade permanente completa de membro superior, com lesão na face, perda de dentes e diversas escoriações pelo corpo.**

Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve perda funcional de completa de membro superior, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de **100%** sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) nos moldes da tabela legal:

LEI 11.945/2009
ANEXO

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras repercussões em Órgãos e Estruturas corporais	
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.	100

Desse modo, considerando que faz jus a parte requerente ao recebimento de **ATÉ R\$ 13.500,00**, a título de seguro DPVAT, e considerando que o mesmo percebeu na via administrativa o importe de **R\$ 1.350,00**, resta claro que lhe cabe receber a respectiva diferença, que corresponde **ATÉ R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais)**.

Portanto, considerando a debilidade permanente no membro superior apresentada pela parte autora, bem como a quantia recebida na via administrativa, resta patente que faz jus ao recebimento do seguro DPVAT no montante de **ATÉ R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais)**, nos termos expostos.

2.3. DA NÃO QUITAÇÃO DO SEGURO DPVAT PELO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL.

A prova pericial (exame médico para atestar a debilidade/invalidez permanente) é imprescindível para o desate da lide, com vistas à aferição do grau da invalidez permanente que acomete a parte suplicante.



Ressalte-se que, de fato, a parte demandante não recebeu um valor securitário a menor na via administrativa, após avaliação médica unilateral feita pela seguradora, cuja conclusão não é definitiva tampouco pode ser considerada justa.

A questão de ser a invalidez total ou parcial não tem o condão de elidir a necessidade de realização da prova pericial, pois o grau aferido administrativamente não pago ao que realmente acomete a parte autora.

Ademais, repise-se à exaustão: apesar de a parte demandante requerer o valor integral do segmento corporal afetado, com dedução do pagamento administrativo, tal não exclui o pedido a menor, que é a complementação com base na aplicação do percentual da perda sofrida, o que se coaduna perfeitamente com a orientação das Súmulas nº 474 do STJ, aqui já citada.

Nessa linha de pensar, vale colacionar entendimento assemelhado do Egrégio Tribunal de Justiça do Ceará, que vem acolhendo as teses suscitadas, especialmente para anular a sentença de primeira instância quando não realizada perícia médica para atestar a debilidade/invalidez permanente. Senão vejamos:

"Diante de todo o exposto, entendo que a sentença deve ser cassada a fim de que os autos retornem ao primeiro grau de jurisdição para ser elaborada prova pericial com o intuito de verificar se o pagamento parcial efetuado pela seguradora está de acordo com o grau de invalidez suportado pelo segurado."
(TJ/CE, PROCESSO N. 2063-93.2007.8.06.0071, PUBLICADA EM 14/02/2013).

Neste mesmo sentido, já decidiu o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, na Apelação Cível Nº 70058070962 (Nº CNJ: 0531723-19.2013.8.21.7000) 2013/Cível, in verbis:

"1. A Medida Provisória nº 453/2008, publicada no Diário Oficial da União em 16 de dezembro de 2008, convertida na Lei 11.945 de 04 de junho de 2009, definiu a necessidade de graduação da invalidez para a fixação do montante indenizatório.

2. Desse modo, mostra-se útil ao deslinde da causa a realização de perícia médica, a fim de aferir o grau de invalidez suportado pela parte autora, prova técnica indispensável no caso em exame, impondo-se a desconstituição da sentença, de sorte a ser produzida aquela prova técnica. Inteligência do art. 130 do CPC.
[...]

Assim, na situação posta à análise deste Colegiado, deve ser realizada perícia médica, a fim de se determinar se foi correto o adimplemento parcial ou não.

Sobre o assunto em lume é o entendimento do Colegiado desta 5ª Câmara Cível, como se vê a seguir:

APELAÇÕES CÍVEIS. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. ACIDENTE OCORRIDO EM DATA ANTERIOR À EDIÇÃO DA MP 453/2008. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO DETERMINADA PELO E. STJ. Ainda que o acidente de trânsito tenha ocorrido em data anterior à MP 453/08, posteriormente convertida na Lei Federal 11.945/09, faz-se necessária a realização de perícia médica para a apuração do grau de invalidez do autor. Decisão proferida pelo colendo Superior Tribunal de Justiça. Súmula 474 do STJ. Necessidade de graduação da invalidez, independentemente da data do sinistro. SENTENÇA DESCONSTITUÍDA, PREJUDICADAS AS APELAÇÕES. (Apelação Cível Nº 70043907112, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 19/12/2012).

Ademais, cumpre ressaltar que o Julgador é o destinatário da prova, o qual pode motivadamente se manifestar quanto à necessidade ou não de produção desta para amparar o seu convencimento, consoante estabelece o art. 130, caput, do CPC, a seguir transcrito:

Art. 13º. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias à instrução do processo, indeferindo as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Portanto, entende-se que deve ser realizada perícia médica para determinar o grau de invalidez da parte postulante, pois se mostra útil ao deslinde da causa, a fim de que se possa averiguar sobre o montante indenizatório devido pela seguradora no caso em exame, segundo a tabela DPVAT.

Por conseguinte, diante dos fundamentos e precedentes jurisprudenciais precitados, desconstitua-se a sentença de primeiro grau para a realização de perícia.

[...]

Ante o exposto, desconstitua-se a sentença de primeiro grau, a fim de que seja realizada perícia médica na parte postulante, objetivando a quantificação da invalidez para a fixação do montante indenizatório segundo a tabela DPVAT." (Grifos nossos)

Assim, resta patente que a parte autora deve ser submetida à avaliação médica, passível de ser feita por perícia judicial, para aferir a real extensão da lesão que o acomete, a fim de estipular a complementação do seguro DPVAT corretamente e de forma proporcional, em obediência justamente ao teor da Súmula 474 do STJ.

3. PEDIDOS.

PELO EXPOSTO, requer a V. Exa.:

- a) citar a ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) a produção de prova pericial, a fim de constatar o grau da debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, bem como a juntada de novos documentos e depoimento de testemunhas;
- c) condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de ATÉ R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais), a título de complementação ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ;
- d) 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, conforme **DECLARAÇÃO inserida na procuração**;
- e) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência (20%).

Dá-se à causa o valor de R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais).

Pede DEFERIMENTO.

Quixeramobim, 16 de janeiro de 2018.

Pedro Igor Pimentel Azevedo

OAB/CE nº 31.392

Pedro Igor Pimentel Azevedo

OAB/CE nº 31.391



RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA

1. Há Ferimento ou Ofensa Física ?
2. Qual Meio Ocasionou ?
3. Resultou Debilidade Permanente de Membro, Sentido ou Função ?
4. Resultou do acidente perda ou inutilização de membro, sentido ou função ?
5. Qual a debilidade ou deformidade apresentada pelo autor, originada pelo acidente ?
6. Se V. Sa. tivesse que graduar a lesão apresentada pelo autor, em qual destes graus o enquadraria: 25%, 50%, 75% ou 100% ?

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

TORGANTE: Juana Barrois da Silva, brasileira, menor, portadora do RG de nº 89.35096-5 SSP-CE, inscrita no CPF de nº 082.879.673-41, nato ato representada por sua genitora Marly Martins Barrois, brasileira, portadora do RG de nº 2001020050436 SSP-CE, inscrita no CPF de nº 4.848.343-00, residentes e domiciliadas à Fazenda Belo Monte, Quixeramobim (CE), CEP 63.800-000

TORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL EVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos, nº 39 do CPC, endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

DERES:

Este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima notificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, na cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, no também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar ordens ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar cheques decorrentes da condenação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes da condenação cível, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui outorgados poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE 02 de agosto de 2018

X MARLY MARTINS BARROIS
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Marly Martins Barrois
brasileiro (a),
CPF 617.848.343-00 RG 200102.0050436
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Avenida Belo Monte
Bairro _____ Cidade Quixeramobim
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da Lei 1060/50, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da Lei 7.115/83, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE, 06 de agosto de 2018

Marly Martins Barrois

DECLARANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2808935096 - 5 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2014

NOME LUANA BARROS DA SILVA

FILIAÇÃO ANTÔNIO LINDEMBERG ALCELINO DA SILVA

MARLY MARTINS BARROS

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM - CE DATA DE NASCIMENTO 25/01/2001

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 24047 FOLHA: 251 LIVRO: A-25 QUIXERAMOBIM - CE

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 27

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Luana Barros da Silva

Polgar Direito

1

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 082.879.673-41

Nome LUANA BARROS DA SILVA

Nascimento 25/01/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
2001020050436
NOME
MARLY MARTINS BARROS
DATA DE
EXPIRAÇÃO
10/7/2001

FILIAÇÃO
ARGIMIRO LUCENA BARROS E MARIA
DO ROSARIO MARTINS

NATURALIDADE
QUIXERAMOBIM-CE
DATA DE NASCIMENTO
28/2/1975
CERT. NASC. 3222 L A4 F
24V ENCANTADO QUIXERAMOBIM/CE
ID. ANT. 185743690

ASSINATURA DO DIRETOR
DEPARTAMENTO DE REGISTRO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARLY MARTINS BARROS

Nº de Inscrição
617848343-00
Data do Nascimento
28/02/75

CARTÃO DE IDENTIDADE

MARLY MARTINS BARROS

ESTADO DE CEARÁ
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
INSTITUTO DE REGISTRO

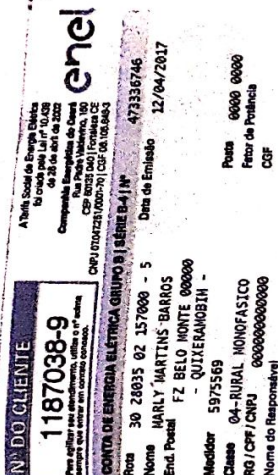
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

emitido em : 01/07/98

MARLY MARTINS BARROS

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a sua utilização para fins de crédito, salvo
nos casos previstos na legislação vigente.

[illegible][illegible][illegible]



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

03.01.06.0029

ATA: 07/83/15

HORÁRIO: 16:47h

ATENDIMENTO Nº: 73

RA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E

REGIÃO CLÍNICA

DO DO PACIENTE:

NOME: Guiana Barros da Silva

DATA NASCIMENTO: 05/01/14 IDADE: 14 ESTADO CIVIL: solteira

AE DA MÃE: Martha Martins Barros

URALIDADE: Urban PROFISSÃO: estudante

CEPO: Urban BAIRRO: CE CEP:

DE: Urban ESTADO: CE TELEFONE:

ENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO (X)

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: Martha Martins Barros

10/10/2014

130 x 90 mmHg SPO2: 98 % FC: 90 bpm FR: 20 /min T: 36.5 °C PESO: 45 Kg

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

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
CLÍNICA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 57, 11, 15

FRANÇÊSE E EXAME FÍSICO:

HORA:

- Pode-se fazer de excelente qualidade com
membranas em folha a MMT. Reforço elástico epi-
tremado para fix. orientada; F 66 - 15.

#2D- (1) *Arthropoda* *Arthropoda*

② Observations 1841

~~CONFIDENTIAL~~

4) Colony morphology 1 comp IM colonies $\times 10^3$
 2000 cells 1 comp IM colonies $\times 10^3$

GRUPO
Gral de Laparoscopia
GRUPO 12.886

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

[illegible]

CONFIDENTIAL: 230000

Rejane de Sousa Bastos
Secretaria de Gestão Hospitalar
DI-230/2007-36
DIREÇÃO GERAL

CREME: 13192

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ATENDIDO

ATENDIDO PARA OS DEVIDOS FIM QUE
LUANA BARROS DA SILVA, VITIMADE
ACIDENTAL (ACIDENTE DE MOTO)
NO DIA 07/11/15, COM TCE
MODESOO COM PERDA CONSCIÊNCIA,
+ LEVÃO PÉ ESQUERDO, FRATURAS
DENTÁRIAS. FEZ 10 ESCOES
FISIOTERAPIA, + REESTABILIZA
DENTÁRIAS. 502.5; 505.9

2.8

Dr. Paulo Calape
CREMEX 11.720

11107117



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



OLÚMINA

odontologia especializada
9 Rua Monsenhor Salviato Filho, nº 33 - loja 02 - Centro - Quixeramobim/CE
☎ (11) 99851.4855 (11) 99.445.1838

RECEITUÁRIO

Após acidente automobilístico a paciente WIANA BARROS DA SILVA compareceu ao consultório odontológico e após exame clínico e radiográfico foi constatada concussão do dente 22 e fratura coronária do dente 24 necessitando de extração dos mesmos e posterior reconstituição do dente tratado.

Quixeramobim-CE
07/12/2015


Dr. Carlos Augusto Lima da Oliveira
Cirurgião-Dentista
CRD - 7399



ATESTADO	
Atesto para os devidos fins, que <u>Liana Barros da Silva</u>	
recebeu atendimento médico em <u>09/11/15</u> com diagnóstico de: <u>H85.8</u>	
o (a) mesmo(a) está necessitando de: <u>15</u> (<u>Quinze</u>) dias de licença do	
trabalho, a partir da data do atendimento.	
Quixeramobim - CE <u>09/11/15</u>	
 Dr. Jackirlei Aragão MÉDICO CRM - 101	
MÉDICO - CRM	



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



FICHA DE REFERÊNCIA

Data de Origem: _____

Ato Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Vanessa Barros de Silva Prontuário Nº _____

Sexo: ☐ M ☐ F Data Nascimento: 1/1/ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Local de Encaminhamento: Pol. de Saúde TCE apresentando colúrea

Relato do Exame(s): Colúrea em 3 (3) dias. Não vomita / use analgésico

Consulta já realizada: TC com 1/2 entorpe

Exame Diagnóstico: TCE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 09.03.15 Data: _____ Hora: _____

Função: _____

AGENDAMENTO

Atendimento para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Admissão: _____ Profissional: _____

Data de Referência: Policlínica - 15/03/15 Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Data de Referência: _____

Prontuário Nº: _____ Alta: _____

UNO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

ULTADO(S) DO(S) EXAME(S): _____

ÓSTICO: Principal CID: _____

Secundário 1 CID: _____

Secundário 2 CID: _____

POSTA DE CONDUÇÃO PARA SEGUIMENTO: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

LIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA



 PREFEITURA DE QUIXERAMOBIM PILITUBIANA	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
---	--

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Encaminhamento

Encaminhado a paciente
Luana Barros da Silva para
avaliação de trauma dentária
do dente 21.

Luana de Oliveira
DENTISTA
CRO: 7308

Luana de Oliveira
20. 11. 2015

	SEU MEDICAMENTO	☐	6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
	NA HORA CERTA	☐	8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
		☐	12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.
Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



 PREFEITURA DE QUIXERAMOBIM PAZ E CIDADANIA	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	 PREFEITURA DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA DA SAÚDE
---	---	--

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Solicitação de exame

*Solicito radiografia periapical
do dente 21. Paciente Luana
Barros da Silva.*

Luan de Oliveira
DENTISTA
CRO: 7308

Luan de Oliveira

20.11.2015

	SEU MEDICAMENTO	☐	6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
	NA HORA CERTA	☐	8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
		☐	12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOI ME POR SUA CONTA.
Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

HORÁRIO: _____

DATA: 01/11/15

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

DIREÇÃO CLÍNICA

BAIXO DO PAINEL

NOME: Vanessa Baneira da Silva

S.O.: 03/11/15

NOME DA MÃE: Vanessa Baneira da Silva

NATURALIDADE: Quixeramobim

ENDEREÇO: Quixeramobim

CIDADE: Quixeramobim

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PROFISSÃO: Enfermeira

ESTADO: CE

TELEFONE: 5300 0000

ASSINATURA PACIENTE: Vanessa Baneira da Silva

ASSINATURA RESPONSÁVEL: Vanessa Baneira da Silva

PESO: 58 Kg

PA: 110 mmHg SPO₂: 98 % FC: 70 bpm PR: 70 bpm

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito + dispnéia + falta de ar; ☐ Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito; ☐ Abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, tiquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematemese ou enterorragia; Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas; vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39 - 40°); ☐ Luopões, entorpe + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escitados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Assa fora de casa; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorridas ortopédicas; ☐ Gastroenterite.	☐ Queixas sem alteração agudas; ☐ Procedimentos com curativo, trocas ou requisições de prescrições médicas, avaliação e resultado de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina;

SEMPRE ORIENTAR A PROCUR
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARCAR CONSULTA
MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA: 11/15

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Idade: 40
Vítima acidente por volta de 03 da
Negro vomit / use curativo nesse
febre elevada, amarelado, agitação
Colicólicas TC com o doente

RESCRIÇÃO:

Julio e Tereza
Oliveira
F. 11/15

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Wagner de Sousa Bastos
Enfermeiro de Gestão Hospitalar
DIREÇÃO GERAL

Eugenio de Souza Pontes Neto
Médico
CREMEC 15567

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
--	--

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Umaro Barros de Silva

Rx uso interno

03. hebelox 75g _____ dose

Tamoxifen 20/25

por 25 dias

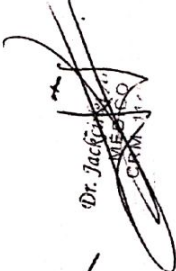
João P. Torres Filho
Médico
CREMEC 1066

07/10/15

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
--	--

COPIA DO RECEITUÁRIO DEVE SER ENTREGUE AO PACIENTE



 PREFEITURA DE QUIXERAMOBIM PAZ E BEM-ESTAR	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE US - TEMA ÚNICO DE SAÚDE	PRÉ-QUIN QUIN SEMI
Nome: LUANA BARROS DA SILVA		
Rx ONX DE PÉ @ / 10 Pen Fa		
 Dr. Jackson CRM 10.000		
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NA FARMÁCIA	☐ 6 X 12h : 06M - 12T - 06N - 12N (12h) ☐ 8 X 12h : 06M - 02T - 10N (3 X 12h) ☐ 12 X 12h : 06M - 06N (2 X DIA)	
COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA. NÃO TOME POR SUA CONTA.		

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Nome de Origem: _____ Município: _____
 Nome Sanitário: _____
 Nome: Luciano Barroso da Silva Prontuário N°: _____
 Sexo: () M () F Data de Nascimento: 1 / 1 / _____ Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 Tipo do Encaminhamento: _____
 Justificado de Exames: Rx de p.c. e
 Medicação Realizada: _____
 Pressão Diagnóstica: _____
 Ass.: Antonio H. M. da Silva Função _____ Data _____ Hora _____
 Ass.: Dr. Roberto de Aguiar Função _____ Data _____ Hora _____
 Encaminhamento para atendimento () Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: Dois X P.P Profissional: Roberto de Aguiar
 Unidade de Referência: _____ Data: 1 / 1 Hora: _____
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)
 Unidade de Referência: _____ Prontuário: _____ Alta: _____
RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:
RESULTADO DE EXAME:
DIAGNÓSTICO: Principal CID _____
Secundário 1 CID _____
Secundário 2 CID _____
PROPOSTA DA CONDUITA PARA SEGMENTO:
 O problema justifica a referência? () Sim () Não
 O motivo referência coincide com diagnóstico? () Sim () Não
 Ass. Do Especialista: _____ Ass. Do Registrado: _____ Função _____ Data _____

UTILIZAR TAMBIÉN COMO RESUMO DE ALTA.

026607

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)							
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
2. NOME DO PACIENTE							
3. NOME DO RESPONSÁVEL							
4. Nº DO PROCEDIMENTO							
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)							
6. DATA DE NASCIMENTO							
7. SEXO							
8. NOME DA MÃE							
9. NOME DO RESPONSÁVEL							
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)							
11. CIDADE							
12. ESTADO							
13. CEP							
14. NOME DO RESPONSÁVEL							
15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)							
16. CIDADE							
17. ESTADO							
18. CEP							
19. NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL							
20. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
21. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
22. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
23. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
24. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
25. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
26. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
27. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
28. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
29. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
30. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
31. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
32. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
33. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
34. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
35. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
36. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
37. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
38. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
39. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
40. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
41. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
42. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
43. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
44. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
45. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
46. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
47. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
48. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
49. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
50. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
51. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
52. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
53. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
54. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							
55. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO							

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

TC

Por último TC é apresentado sobre

paciente e (5). Nome: [nome], [idade] [idade]

com [idade]

SOLICITAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dados da Ocorrência

Nome do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Hora da Comunicação: 26/11/2015 15:41:20

Hora da Ocorrência : 07/11/2015 16:10:00

Local da Ocorrência: ROD CE 060

SEDE QUIXERAMOBIM /CE

Lugar de Referência: NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO SÃO JOAQUIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUANA BARROS DA SILVA

Nascimento : 25/01/2001

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Filiação: ANTONIO LINDEMBERG ALCELINO DA SILVA

MARLY MARTINS BARROS

Endereço: SIT CUPIM

SEDE

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:

Dados da(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG150 FAN ESDI

PLACA: PMT0017 MUNICÍPIO / UF: QUIXERAMOBIM / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2015/2014 COR: PRETA

RENAVAM: 1036752558 CHASSI: 9C7KC1680FR016507

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MARTA MARTINS BARROS

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

QUE vem confeccionar o presente BO para informar que é genitora da menor acima qualificada, QUE na data, hora e local supracitados a mesma estava trafegando como garupa na motocicleta acima descrita a qual a condutora era VANESSA BARROS CAVALCANTE, QUE afirma que vinha da Fazenda Cupim sentido cidade, quando nas imediações do Sítio São Joaquim, um indivíduo em uma moto estava parado, ressaltando que quando a condutora de sua filha passava o mesmo avançou a preferencial e colidiu contra a condutora, ocasião em que a mesma perdeu o controle do veículo, momento em que vieram a cair sobre o solo, QUE afirma que sua filha e a condutora da mesma foram socorridas por populares, QUE afirma que sua filha sofreu pancada na face, perda de dente e escoriações pelo corpo, e sua condutora sofreu corte no pe e escoriações pelo corpo.

Notificante(s)

Nome : MARLY MARTINS BARROS

Endereço : SIT CUPIM

Bairro : SEDE

Município/UF : QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 5089 / 2015



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ESCRIVAO AD HOC

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : RAIMUNDO ROQUE NOGUEIRA

ASSINATURA DO DELEGADO(A) : SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



Certifico que a cópia é fiel do original que foi apresentado e autenticado. De acordo com o artigo 2º do decreto lei 1.14 de 21 de abril de 1940. Quixeramobim, 21/09/2015. Testemunho da Verdade. Raimundo Roque Nogueira. Portaria 14/2014 Oficial Registrador.



09/10/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170430171 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUANA BARROS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LUANA BARROS DA SILVA
CPF/CNPJ: 08287967341



Posição em 09-10-2017 10:35:11

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
18/08/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



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



RECEBIMENTO

Nesta data, recebi estes autos.

Quixeramobim(CE), 08 de Março, de 20 19.

Funcionário(a) responsável R

TOMBO

Nesta data, registrei a presente ação sob o tombo nº 12512/19, no livro nº 11, secretaria da 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim, Estado do Ceará.

Quixeramobim(CE), 08 de Março, de 20 19.

Funcionário(a) responsável R

CONCLUSO

Aos 08 de Março de 20 19, faço estes autos conclusos a MM. Juiz Titulo da 2ª Vara desta Comarca de Quixeramobim, Dr. Rogaciano Bezerra Leite Neto

Funcionário(a) responsável R



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

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



DESPACHO

Processo nº: 0002210-44.2019.8.06.0154
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Acidente de Trânsito
Requerente: Luana Barros da Silva
Requerido: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/A

Inicialmente, defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita.

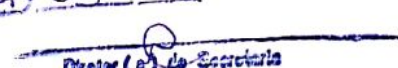
Por não vislumbrar qualquer vício da vestibular, recebo a inicial nos termos em que é proposta.

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

Expedientes necessários.

Quixeramobim, 26 de março de 2019.


Rogaciano Bezerra Leite Neto
Juiz de Direito

DATA
27 03 19 recebi estas autos

Ocelos (a) do Secretária



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Quixeramobim
2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

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

AN 698359573BJ.



CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: 0002210-44.2019.8.06.0154
Classe - Assunto: Procedimento Comum - Acidente de Trânsito
Requerente: Luana Barros da Silva
Requerido(a): Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Quixeramobim(CE), 18 de junho de 2019.

Sr. Rep. Legal da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Pelo presente venho CITAR Vossa Senhoria de todo o conteúdo da petição inicial e para, querendo, no prazo de 15(quinze) dias, responder aos termos da ação em epígrafe e acompanhar o feito até final julgamento, sob pena de revelia. Seguem anexas cópias de fls. 02/06.

Atenciosamente,


Kathleen Nicola Kilian
Juíza de Direito/Respondendo

Sala Nº 46 136 28232.

Em: 23.07.19.

Sr(a). Rep. Legal da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, Centro
Rio De Janeiro-RJ
CEP 20031-205
20031-205