



**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**

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

### **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)**

**GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**, brasileiro, casado, professor, portador do RG nº. **2000020046783** expedido por SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº. **004.258.303-90**, residente e domiciliado na Rua Capitão Rodrigo, nº. 211, Centro, município de Novo Oriente/CE, CEP: 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).



**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](mailto:deranysantos@hotmail.com)**

## **DOS FATOS E DO DIREITO**

No dia **17 de Dezembro de 2018** o (a) autor(a) sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com debilidade permanente, conforme faz prova com o Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica, em anexo.

Foi paga ao(a) autor (a) **no dia 13/06/2019** a título de indenização de seguro DPVAT (**processo administrativo que tramitou sob o nº. 3190/266185**), a quantia de **R\$ 1.687,50 (hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, quando deveria ter sido paga a quantia de acordo com o grau de invalidez na qual o(a) autor(a) é portador(a).

No presente caso, o (a) requerente ficou com debilidade permanente consistente em **TORNOZELO DIREITO E ESQUERDO** conforme documentação médica em anexo, o que restará provado pela perícia médica judicial desde já requerida.

**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, aplicando-se a súmula supramencionada e a tabela constante da Lei 11.945/2009, bem como, respeitando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, de acordo com a tabela abaixo:

| <b>DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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                                                                                                                                               |                                |                     |                      |                    |                   |                       |



**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](mailto:deranysantos@hotmail.com)**

|                                                                                                                                                                                                 |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES</b>                                                                                         | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| 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                                                                                                                 |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS</b>                                                                                              | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                            | 10                             | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                          |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                     |                                |                     |                      |                    |                   |                       |

Tendo o(a) requerente **recebido à quantia de R\$ 1.687,50 (hum mil seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, este(a) ainda **tem a receber complementação de acordo com sua INVALIDEZ PERMANENTE que restará apurada por ocasião da realização da perícia médica judicial futura a ser designada por este Juízo**, para atingir o complemento da indenização no limite previsto para o seguro obrigatório DPVAT, 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:



**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**

**“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 (...)**



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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

**§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 equitativa 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 equitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)



**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**

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 as 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 complementação 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, posto que não fora aplicado ao pagamento administrativo o valor devido para a gradação da sequela de acordo com a tabela;

C) Que não tem interesse na realização de audiência de conciliação com base no art. 319, inciso VII do novo Código de Processo Civil;



**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**

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, pois, a PEFOCE não vem realizando perícias médicas desta natureza em virtude de recomendação do Ministério Público, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos do art. 421 § 1º, do CPC;

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) 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.**

I) Ao final, REQUER EM SEDE DE PEDIDO SUBSEQUENTE, seja promovida condenada ao pagamento referente a correção monetária do valor já pago administrativamente entre data do evento danoso e o efetivo pagamento administrativo, com base nas sumulas 43 e 580 do STJ, tendo em vista que a empresa ré não aplicou a devida correção quando efetivou o pagamento em sede de pedido administrativo, devendo ainda, o valor ser regularmente corrigido e acrescido de juros legais desde a inadimplência da Ré;

Dá-se à causa o valor de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Nestes Termos,  
Pede DEFERIMENTO.  
Novo Oriente/CE, 16 de Julho de 2019.

**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS**  
**ADVOGADA OAB/CE 34.613**



**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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE:**

|                                              |                                                |                                                 |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nome:<br><i>Cléiandy Rodrigues Gonçalves</i> |                                                | Nacionalidade:<br>BRASILEIRA                    |
| Estado Civil:<br><i>solteiro</i>             | Profissão:<br><i>Professor</i>                 | Carteira de Identidade:<br><i>2000020046783</i> |
| CPF nº:<br><i>004.258.303-90</i>             | Residência:<br><i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i> |                                                 |
| Bairro:<br><i>Centro</i>                     | Cidade:<br><i>Novo Oriente</i>                 | Estado/UF: <i>CE</i> CEP:<br><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., 12 de Julho de 2019.

*Cléiandy Rodrigues Gonçalves*  
(outorgante)



**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: [deranydosantos@hotmail.com](mailto:deranydosantos@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO

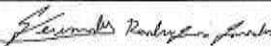
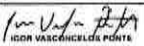
|                                                    |                                |                                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Declarante:<br><i>Valuandy Rodrigues Conceição</i> |                                | Nacionalidade:<br>Brasileira   |
| Residência:<br><i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i>     |                                | Profissão:<br><i>Professor</i> |
| CPF nº:<br><i>004.258.303-90</i>                   | RG nº:<br><i>2000020046783</i> | Estado Civil:<br><i>casado</i> |
| Bairro:<br><i>Centro</i>                           | Cidade:<br><i>Novo Oriente</i> | Estado/UF:<br><i>Ceará</i>     |
| CEP:<br><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*, *12* de *julho* de *2019*.

*Valuandy Rodrigues Conceição*  
 Declarante

|  <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADIAS</b><br><b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO</b><br><b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</b> |  |               |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>NOME</b><br><b>GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES</b>                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                  |                                     |
|                                                                                                                                                                 |  | <b>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF</b><br>2000020046783 SSP CE                                 |                                     |
| <b>CPF</b><br>004.258.303-90                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>DATA NASCIMENTO</b><br>12/02/1984                                                             |                                     |
| <b>FILIAÇÃO</b><br>LUIZ GONCALVES NETO<br>MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                  |                                     |
| <b>PERMISSÃO</b><br>                                                                                                                                            |  | <b>ACC</b><br> | <b>CATHAR</b><br>A                  |
| <b>Nº REGISTRO</b><br>05548164598                                                                                                                                                                                                                |  | <b>VALIDADE</b><br>03/01/2022                                                                    | <b>1ª HABILITAÇÃO</b><br>23/07/2012 |
| <b>OBSERVAÇÕES</b><br>SEM OBSERVAÇÃO;                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                  |                                     |
| <br>ASSINATURA DO PORTADOR                                                                                                                                      |  |                                                                                                  |                                     |
| <b>LOCAL</b><br>CRATEUS, CE                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>DATA EMISSÃO</b><br>06/02/2017                                                                |                                     |
| <br>ASSINATURA DO EMISSOR                                                                                                                                     |  | 40372844884<br>CE157425320                                                                       |                                     |
| <b>CEARÁ</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                  |                                     |

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1467719716

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1467719716



**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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO

|                                                     |                                |                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Declarante:<br><i>Gleivandy Rodrigues Gonçalves</i> |                                | Nacionalidade:<br>Brasileira   |
| Residência:<br><i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i>      |                                | Profissão:<br><i>Professor</i> |
| CPF nº:<br><i>004.258.303-90</i>                    | RG nº:<br><i>2000020046783</i> | Estado Civil:<br><i>casado</i> |
| Bairro:<br><i>Centro</i>                            | Cidade:<br><i>Novo Oriente</i> | Estado/UF:<br><i>Alagoas</i>   |
| CEP:<br><i>63.740-000</i>                           | 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., 12 de Julho* de *2019*.

*Gleivandy Rodrigues Gonçalves*  
 (declarante)



2ª Via

Nº de Inscrição:

0051651220

## DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIS GONCALVES NETO

End. Leitura: RU CAP RODRIGO, 211, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 63.740-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 097

Setor: 004

Quadra: 0118

Lote: 0085

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volum(m³) | Media Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-----------|----------------------|
| AGUA    | A10F009163 | 1060             | 1066          | 6         | 8                    |

## DATAS

Leitura Atual: 26/06/2019

Emissão: 12/07/2019

Lacre Água: 99999

Leitura Anterior: 27/05/2019

Próxima Leitura: 24/07/2019

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 021   | 021      | 010 | 021               | 021              |
| Analisadas      | 021   | 021      | 010 | 021               | 021              |
| Em conformidade | 021   | 019      | 010 | 021               | 021              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-------------|---------------------|
| 28,30       | Mês/Ano             |
|             | Água (m³)           |
|             | Esgoto (m³)         |
|             | JUN/2018            |
|             | 6                   |
|             | 0                   |
|             | JUL/2018            |
|             | 5                   |
|             | 0                   |
|             | AGO/2018            |
|             | 5                   |
|             | 0                   |
|             | SET/2018            |
|             | 9                   |
|             | 0                   |
|             | OUT/2018            |
|             | 6                   |
|             | 0                   |
|             | NOV/2018            |
|             | 12                  |
|             | 0                   |
|             | DEZ/2018            |
|             | 7                   |
|             | 0                   |
|             | JAN/2019            |
|             | 12                  |
|             | 0                   |
|             | FEV/2019            |
|             | 8                   |
|             | 0                   |
|             | MAR/2019            |
|             | 11                  |
|             | 0                   |
|             | ABR/2019            |
|             | 7                   |
|             | 0                   |
|             | MAI/2019            |
|             | 5                   |
|             | 0                   |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSÍDIO            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS       | 0,27        | Descrição           |             |
| COFINS    | 1,35        | VALOR DO SERVIÇO    | 41,10       |
|           |             | VALOR DO SUBSÍDIO   | 12,80       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 28,30       |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 06/2019 | 05/07/2019 | 28,30               |

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PaoFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0051651220 Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2019

Local: 097

Setor: 4

Quadra: 0118

Lote: 0085

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: NOVO ORIENTE

Vencimento: 05/07/2019

Total (R\$): 28,30

82640000000-4 28300009000-3 05165122001-7 00069231035-2



EMISSION: GESSE 12/07/2019 02:57:41

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 233 / 2019

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 09:40:00**Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2018 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE MACACO**

Complemento:

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

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**Nascimento: **12/02/1984** CPF: **004.258.303-90**RG: **2000020046783**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA RODRIGUES GONÇALVES TEIXEIRA****LUIZ GONÇALVES NETO**Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 211**Bairro: **CENTRO**Município: **NOVO ORIENTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HYG4220** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:**9C2JC30102R226642** Renavam: **793932602** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** AnoFabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **LUIZ GONCALVES NETO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO****Histórico****1ª) Vítima Condutor**

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no dia 17/12/2018, por volta das 17h00, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 125 TITAN KS, placa HYG 4220, cor vermelha, licenciada e registrada no nome de seu pai LUIS GONÇALVES NETO; QUE estava trafegando com a motocicleta na localidade do Macaco, zona rural do Novo Oriente-CE, quando se aproximava de um entrocamento e outra motocicleta adentrou a via que o declarante vinha invadindo a preferencial; Que a outra motocicleta atingiu a motocicleta do declarante entre a roda dianteira e o mata-cachorro do lado direito; Que o piloto da outra motocicleta se levantou e se evadiu do local sem prestar socorro; Que o declarante foi socorrido por populares que chegaram de carro ao local logo depois do acidente; Que o foi socorrido para o hospital do município Dr José Maria Fernandes Leitão; Que foi encaminhado ao hospital de Crateús-CE, para realizar exames; Que foram feitos rios x dos tornozelos; Que o declarante teve fratura nos dois tornozelos; Que seu tornozelo direito permaneceu com gesso mais de dois meses; Que o tornozelo esquerdo não foi engessado em virtude de um corte



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 233 / 2019

fls. 14

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

ocasionado pelo acidente em que o declarante levou 13 pontos em seu pé esquerdo; Que ainda sofre dores até hoje em virtude do acidente principalmente em seu pé esquerdo (quando fixa o pé no chão); E nada mais disse.

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consignar que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 20/02/2019, conforme laudo pericial nº 192793-02/2019P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDEA dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) Testemunhas

4.1) LUIS GONÇALVES NETO, RG 2016049283-6, SSP-CE, residente na Rua Capitão Rodrigo, nº 211, Bairro Centro, Novo Oriente-CE.

*Luis Goncalves Neto*

4.2) MARIA GONÇALVES LIMA, RG 2018042174-8, SSP-CE, residente Localidade de São Raimundo, Zona rural, Novo Oriente-CE.

*Maria Goncalves Lima*

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Rafael Belodina Silva  
Escrivão de Polícia

RAFAEL BELO DA SILVA - MAT.: 3012009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4

**FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL**

|                                                                                                                                                                                           |        |                                             |                                         |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Nome Paciente<br><b>19689-GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES</b>                                                                                                                               |        | Data - Hora<br><b>17/12/2018 - 19:46:02</b> |                                         | Atendimento<br><b>28171</b> |
| Cartão Nacional de Saúde(CNS)<br><b>898002785743158</b>                                                                                                                                   |        | Documento                                   | Data de Nascimento<br><b>12/02/1984</b> | Idade<br><b>34</b>          |
| Nome da Mãe<br><b>MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                  |        |                                             | Telefone de Contato                     |                             |
| Endereço<br><b>RUA CAPITÃO RODRIGO</b>                                                                                                                                                    | Número | Bairro<br><b>CENTRO</b>                     | Cidade/UF<br><b>NOVO ORIENTE/CE</b>     | CEP<br><b>63740000</b>      |
| Procedência                                                                                                                                                                               |        |                                             |                                         |                             |
| História Clínica/Queixa do Paciente<br><i>Fratura de pé direito</i>                                                                                                                       |        |                                             |                                         |                             |
| Exame Físico<br><i>Fratura de pé direito</i>                                                                                                                                              |        |                                             |                                         |                             |
| Exames Solicitados                                                                                                                                                                        |        |                                             |                                         |                             |
| Hipótese/Conclusão Diagnóstica<br><i>Fratura de pé D</i>                                                                                                                                  |        |                                             |                                         |                             |
| Conduta/Tratamento<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- SFT 99/100</li> <li>- Algodão 100g</li> <li>- Oxidron 4mg</li> <li>- Sinais 1 Bilg</li> <li>- Angiotensina Bilg</li> </ul> |        |                                             |                                         |                             |
| Recepção / Atendente                                                                                                                                                                      |        | Assinatura / Carimbo do Médico              |                                         |                             |
| Ass. Paciente ou Responsável / Saída                                                                                                                                                      |        | CRM/CE: 10013                               |                                         |                             |

## FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias.  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o a retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Geruandy Rodrigues Padua Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Cipriano de Souza

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 12/07/84 Ocupação: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento?

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dra. Rita Valasco A. Camelo  
CRM/CE 18902

Contusos

medica

Função

18/12/18

Data

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: RX p/ D e E 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

**Guia de atendimento - CONSULTORIOS**

## DADOS DO PACIENTE

| DADOS DO PACIENTE           |                                    |                               |              |                 |                     |  |  |  |  |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------------|---------------------|--|--|--|--|
| Prontuário                  | Atendimento                        | Nome do Paciente              |              | CNS             | Guia de Autorização |  |  |  |  |
| 052974                      | 0003                               | GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES |              | 898002785743158 |                     |  |  |  |  |
| Documento(s)                |                                    |                               |              | Estado Civil    | Sexo                |  |  |  |  |
| Identidade: 2000020047291   |                                    |                               |              | Outro           | Feminino            |  |  |  |  |
| Data de Nascimento          | Local                              |                               |              | Idade           |                     |  |  |  |  |
| 12/02/1984                  | NOVO ORIENTE/CE                    |                               |              | 34 Ano(s)       |                     |  |  |  |  |
| Pai                         | Mão                                |                               |              |                 |                     |  |  |  |  |
| LUIZ GONCALVES NETO         | MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA |                               |              |                 |                     |  |  |  |  |
| Endereço                    | Bairro                             | CEP                           | Município    |                 |                     |  |  |  |  |
| RUA CAPITAO RODRIGO, 211    | CENTRO                             | 63740-000                     | NOVO ORIENTE |                 |                     |  |  |  |  |
| Profissão                   | Empresa                            | Conjuge                       |              |                 |                     |  |  |  |  |
| PROFESSOR                   |                                    | PAMELA MARIA ALVES CARVALHO   |              |                 |                     |  |  |  |  |
| Responsável                 | CPF do Responsável                 | Endereço                      | Município    |                 |                     |  |  |  |  |
| PAMELA MARIA ALVES CARVALHO |                                    | RUA CAPITAO RODRIGO, 211      | NOVO ORIENTE |                 |                     |  |  |  |  |
|                             |                                    |                               |              | UF              | CE                  |  |  |  |  |

### DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b><br>Data Atendimento: 18/12/2018<br>Hora: 08:17<br>Convênio: SUS<br>Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA<br>Indicador de Acidente:     |  | Matrícula: _____<br>CID: _____<br>CRM/UF: 6945/CE<br>Funcionário: MONALIZA LOPES CLAUDINO<br>Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO |  |
| Observação: trouxe guia<br>Sala: _____                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                             |  |
| <b>Sinais Vitais</b><br>Peso (kg): _____<br>Altura (cm): _____<br>T (°C): 36<br>P (bpm): 88<br>R (mpm): 20<br>PA (mmHg): 114 X 74<br>Oximetria (%): 99<br>Glicemia (mg/dL): _____ |  | Data/Hora Liberação: _____ às _____ hs.<br>Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito                                                 |  |

### Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/12/2018 09:01

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic), com trauma em MMII no tornozelos e pés, com ferimentos

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

Treme en mmi  
 a future en mmi  
 a dor e edura  
 en mmi  
 k formozos d / e  
 d tale bo te a

Luís Glauber Mota Rodrigues  
TÉC. DE IMPLANTAÇÃO ORTOPÉDICA  
R. EST. GON. Nº 9480

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: PAMELA MARIA ALVES CAR

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

☐ SEDE

☐ ZONA RURAL

*[Assinatura]*

① Agripocum 500g — 8/12  
Tras 14 8/12 por 7 dias

② Clonidina 200g — 8/12  
Tras 14 8/12 por 5 dias

③ Atropina 100g — 8/12  
Tras 14 8/12 por 5 dias

carimbo profissional

*[Assinatura]*  
Dr. Rita Valera A.C.  
18803

Data: 29/12/19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000  
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsriovooriente2017@gmail.com

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

# RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

*Glennely Rodolfo Gomech*

*uso oc*  
*Cefalotina 500*  
*20*

*1 vez 10 6/8l*

*Ar flex retard 200 - 12*

*1 vez 10 2x dia*

*Retor na dia*

*2/1/19 p/*

*Pa de foruspla D/E*

*Junior Fernandes  
CRM 6028  
TRAUMATO-ORTOPEDIA*

*18  
12  
18*

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Gleivany Nunes Gualante

END.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Rx Uso Oral

(1) PROFLAM 100 mg — Oral  
Toma 1 Ol cp de 12/12h por 7 dias

(2) DIPLOVA LG ou Paracetamol 750 mg — Oral  
Toma 1 Ol cp de 12/6h de dor

*Dra. Bruna Ximenes*  
MÉDICA  
CREMEC: 18.516

carimbo profissional

Data: 18, 12, 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000  
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com

**SINISTRO 3190266185 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES****CPF/CNPJ: 00425830390****Posição em 10-07-2019 08:37:32**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 13/06/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



# 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

## DESPACHO

Processo nº: **0005505-52.2019.8.06.0134**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Gleivandy Rodrigues Gonçalves**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT proposta por **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES** em face de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, ambos devidamente qualificados.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, ante a declaração prestada pela Autora.

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.

Intime(m)-se.

Novo Oriente, 17 de julho de 2019.

**Marcos Aurelio Marques Nogueira**

**Juiz**

Assinado por Certificação Digital<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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 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 Novo Oriente

## CARTA DE CITAÇÃO - AR

Processo nº: **0005505-52.2019.8.06.0134**  
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Gleivandy Rodrigues Gonçalves e outro**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**  
 Senha do Processo **Senha de acesso da pessoa selecionada << Informação indisponível >>**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**  
 S/A

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Marcos Aurelio Marques Nogueira**, Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Novo Oriente, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria sobre todo o conteúdo da ação cível objeto do processo em epígrafe, para, querendo, contestá-la no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sob pena de ser considerado revel e presumir-se como verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo(a) autor(a). Fica V. Sa. ciente ainda de que o mencionado prazo começará a fluir da juntada aos autos do aviso de recebimento.

Este processo tramita eletronicamente. Sua íntegra poderá ser visualizada pela internet, no site [www.tjce.jus.br](http://www.tjce.jus.br), informando o número do processo e a senha que segue à margem superior, 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.

Novo Oriente-CE, 17 de julho de 2019.

**Leandro de Alencar Barreto**  
**Supervisor de Unidade Judiciária**  
**Matrícula nº 6311.1/6**  
**Provimento n.º 1/2019 da CGJ**  
 Assinado Por Certificação Digital<sup>1</sup>

Sr(a).  
 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A  
 Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro  
 Rio De Janeiro-RJ  
 CEP 20031-205

<sup>1</sup> 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.