

**EXM(A) SR(A). JUÍZ(A) DE DIREITO DA____ VARA CÍVEL DA COMARCA
DE JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SALDO REMANESCENTE DE SEGURO
OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE**

Fundamentação: ART. 3º inciso II da lei
6.194/74.

PEDRO LIMA LEANDRO, brasileiro, solteiro, menor, com RG nº 2008580942-4 e CPF nº 072.715.843-07, neste ato representado pelo seu genitor **JOSE LEANDRO DA COSTA**, brasileiro, casado, autônomo, com RG nº 96029465219 e CPF nº 118.926.284-77, ambos residentes e domiciliados na rua Jose Neudo Cruz, nº 25,bairro Pedrinhas, Juazeiro do Norte-CE, vem a presença de Vossa Excelência, apresentar **AÇÃO DE COBRANÇA DE SALDO REMANESCENTE DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE** em face se **SEGURADORA LIDER**, empresa de direito privado, com CNPJ nº 09.248.608/0001-04 e endereço na Av. Dom Luís, 300, Condomínio Avenida Shopping e Office, Loja 147, Bairro Aldeota, Fortaleza-CE, pelos fatos, motivos e fundamentos a seguir articulados:

PRELIMINARME

Requer os benefícios da justiça gratuita, vez que a autora é pobre na forma da lei, juntando para tanto comprovante de residência na modalidade baixa renda, conforme documento em anexo.

DOS FATOS

No dia 01/08/2018, o autor sofreu acidente automobilístico enquanto trafegava em sua motocicleta. Em consequência o autor caiu no asfalto, ocasionando graves traumas que resultaram em **CAUSANDO DIVERSAS ESCORIAÇÕES EM SEU CORPO, BEM COMO FRATURAS EM DIVERSOS OSSOS, SENDO INCLSIVE SUBMETIDO A CIRURGIA**, tudo conforme documentos anexos.

Passado o período de internação, o autor requereu, no dia 01/09/2018, indenização do seguro obrigatório DPVAT por **INVALIDEZ PERMANENTE**, não recebendo nenhum valor a título de indenização DPVAT.

Ocorre Excelênciia que o valor de indenização por invalidez permanente é de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, como pleiteado inicialmente pelo autor e conforme cópias em anexo, devendo a requerida pagar a quantia devida devidamente atualizada.

Diante dos vários tipos de lesões, foi constatado que não se poderia pagar a todos indiscriminadamente, em vista dessa impossibilidade, a parte requerida criou uma tabela, na qual foram desconsiderados os valores de cada lesão.

A presente ação está requerendo os valores com base na tabela oficial do seguro DPVAT, dado as peculiaridades do presente caso

Assim, requer indenização de R\$ 10.125,00 (Dez mil Cento e Vinte e Cinco Reais)

DEMONSTRATIVO DA DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT	
Valor de indenização-----	R\$ 10.125,00
Valor recebido-----	R\$ 0,00
Diferença do Valor-----	R\$ 10.125,00
Valor atualizado + juros de mora-----	R\$ 10.625,00
Honorários advocatícios-----	R\$ 3.187,50
Valor Total -----	R\$ 13.312,50

DO DIREITO

Criado pela Lei nº 6.194/74, tem como objetivo garantir às vítimas de acidentes de trânsito indenizações em caso de morte, invalidez permanente e despesas médicas, segundo dispositivo transcreto:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas

SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT-AÇÃO DE COBRANÇA-LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGALQUE É PROVA DE INCAPACIDADE PERMANENTE-VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS-FIXAÇÃO LEGAL-LEI Nº6.194/74-QUE NÃO É REVIGADA POR RESOLUÇÃO-CORREÇÃO MONETÁRIA PARTIR DA DATA DO EVENTO-RECURSO IMPROVIDO- O laudo pericial feito pelo instituto médico legal é meio de prova para incapacidade permanente do acidentado para fins de recebimento do seguro obrigatório conforme lei 6.194/74. As leis 6.205/75 e 6.423/77 não vieram não vieram a revogar a lei 6.194/74, que define em salários mínimos o valor da indenização devida em razão decorrente de acidente automobilístico (DPVAT). Resoluções do Conselho Nacional de seguros Privados (CNSP) não podem contrariar ou limitar o valor da indenização fixado por lei. O valor da indenização relativa a seguro obrigatório deve ser corrigido monetariamente a partir da data do sinistro. (TJMS-AC 2005011333-8/0000-oo Campo Grande-1^a T. cível- Rel. Des. Jorge Eustácio da Silva da Silva- P. 06/12/2005.

Destaca-se que a lei não faz distinção quanto ao grau de incapacidade, basta ser configurada, de modo efetivo, a invalidez permanente, ainda que parcial, para que o segurado faça jus ao seguro obrigatório, conforme art. 20 da Lei nº 6.194/74 e alterações posteriores.

DO PEDIDO

- a) A citação da ré para contestar a ação, sob pena da revelia;
- b) Designação de audiência conciliatória;
- c) A procedência da ação para condenar a ré ao pagamento da diferença devida, além dos encargos decorrentes da sucumbência;
- d) Os benefícios da justiça gratuita;

Protesta por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento da Reclamada, seus representantes legais ou na de quem suas vezes o fizer e tiver capacidade e autorização legal para receber a notificação em espécie, perícia, sindicância, juntada de novos documentos, inspeção judicial e tudo que se fizer necessário para elidir prova em contrário, inclusive juntada posterior do rol de testemunhas.

Para efeitos de alçada da o valor da causa em R\$ 13.312,50 (Treze Mil Trezentos Doze Reais e Cinquenta Centavos).

Nestes termos, P. Deferimento.
Juazeiro do Norte-CE, 01/07/2019.

Milton Correia de Almeida
Advogado
OAB-CE: 22660

Marcondes Yuri de Sousa Damasceno
OAB-CE 24.600



PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: **PEDRO LIMA LEANDRO**, brasileiro, solteiro, menor, inscrito no RG.: 2008580942-4 SSP-CE e no CPF 072.715.843-07, representados por seu genitor **JOSE LEANDRO DA COSTA**, inscrita no RG.: 96029465219 SSP-CE e no CPF.: 118.926.248-77, brasileiro, casado, ambos residentes e domiciliados na Rua Jose Neudo Cruz, nº 25, Pedrinhas, na cidade de Juazeiro do Norte-CE.

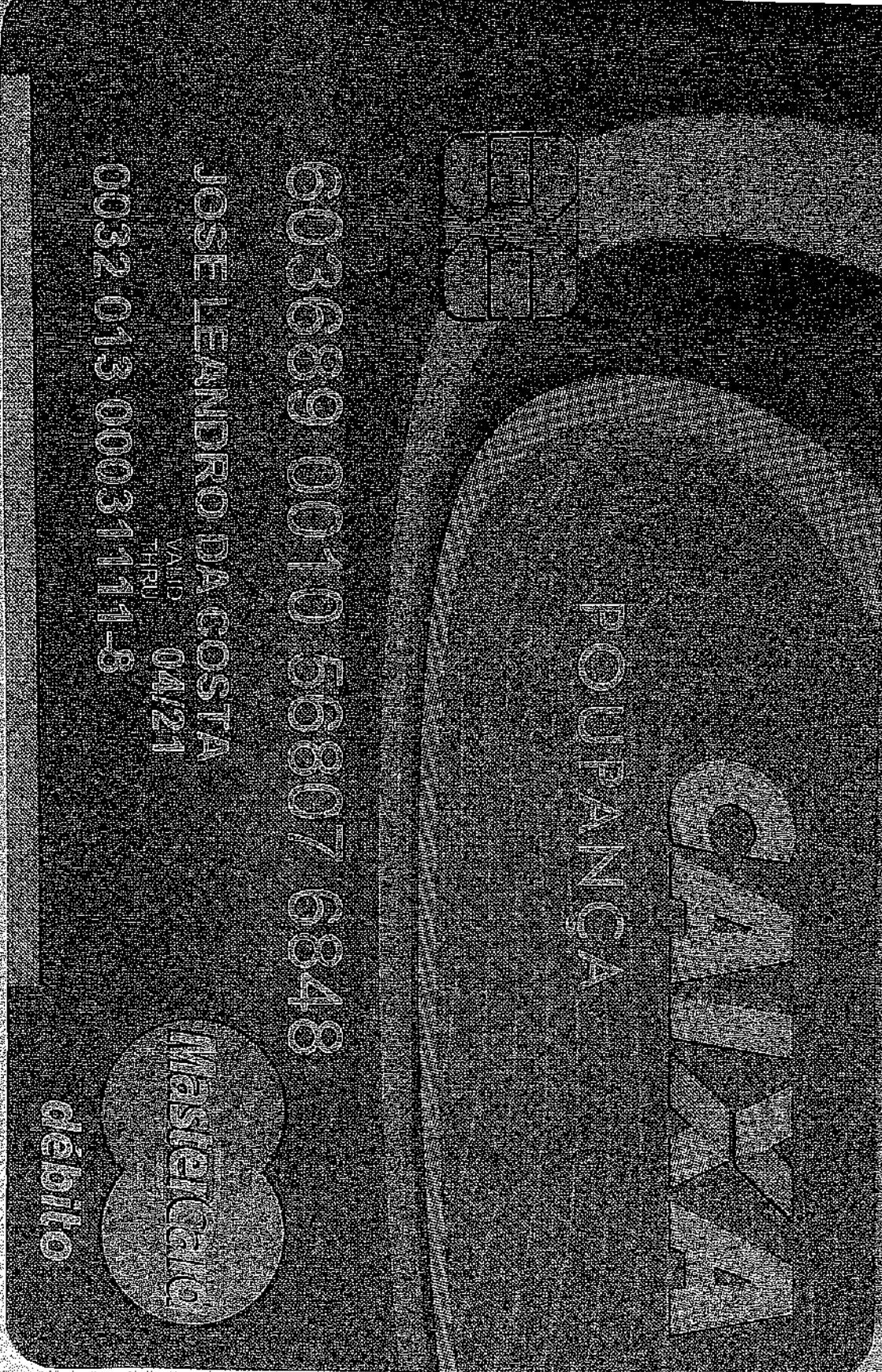
OUTORGADOS: Dr. **MILTON CORREIA DE ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660 com escritório profissional localizado na Rua Clovis Beviláqua, nº.: 48, CEP.: 63.010-335, Socorro, Juazeiro do Norte-CE.

PODERES: O(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO: O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte -CE, 17 de Junho de 2019.

The image consists of a high-contrast, black-and-white graphic. At the top, the word "PLATE" is printed in a bold, sans-serif font. Below it, a large rectangular frame contains a dark, textured area. The word "PRINT" is printed in a bold, sans-serif font below the frame. The background features horizontal banding and noise, suggesting a low-quality scan or a specific experimental aesthetic.



POUPANÇA

003201300031111-8

JOSE LEANDRO D'AGOSTA
TRU 04/21

003201300031111-8

debil

MERCUL



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.715.843-07

Nome completo da vítima

PEDRO LIMA LEANDRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE LEANDRO DA CASTA	CPF titular da conta	118.926.248-77	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA JOSE NEUVO CRUZ	Número	25	Complemento	
Bairro	PEDRINHAS	Cidade	JUAZEIRO DO NORTE	Estado	CEARA
Email	luizeaguinaldo@gmail.com	CEP	63018580	Telefone (DDD)	(88)98857-0463

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

0032

31111

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. DO NORTE, 18 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.715.843-07

Nome completo da vítima

PEDRO LIMA LEANDRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE LEANDRO DA COSTA	CPF titular da conta	118.926.248-77	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA JOSE NEURO CRUZ	Número	25	Complemento	
Bairro	PEDRINHAS	Cidade	JUAZEIRO DO NORTE	Estado	CEARÁ
Email					Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0032 D/V _____ CONTA NRO. 3111 8 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

7.00 Nove, 18 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE LEMANDRO DA COSTA

RG nº 96029465219, data de expedição 17/10/1996 Órgão SSP-CE,

CPF nº 118.926.248-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE NEU DO CRUZ</u>
Número	<u>Nº 25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PEDRINHAS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63 018-580</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 8857-0463 / 9 9665-2156</u>
E-mail	<u>luizcoquinha@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 14/01/2018

Assinatura do Declarante: 

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ LEANDRO DA COSTA

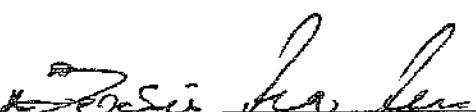
RG nº 96029465219 data de expedição 17/10/96, Órgão SSP - CE,

CPF nº 118.926.248-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSÉ NEURO CRUZ</u>
Número	<u>Nº 25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PEDRINHAS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE - CE</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63018-580</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 98857-0463 / 99665-2156</u>
E-mail	<u>luzjcajuina@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 18/01/2018

Assinatura do Declarante: 



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima intarditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PEDRO LIMA LEANDRO

CPF da Vítima

072.715.843-07

Data do Acidente

01/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE LEANDRO DA COSTA

CPF do Representante legal

118.926.248-77

Email

luiscaquena@gmail.com

Telefone (DDD)

(88) 9 8857-0463

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Juazeiro do Norte de 18 Januário de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Lider - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

PEDRO Lima		LÉANDRO	
VITIMA	01/01/2018	CPF DA VITIMA	072.715.843-07
VITIMA DO ACIDENTE			
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VITIMA	(X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM	
AVITIMA É	PAÍS	JOSÉ	LÉANDRO DE SOUZA
ENDERECO DO PORTADOR	RUA	JOSÉ NEVADO	C202
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	Pedreira das
25		CEP	53018-580
CIDADE	J. PAO	UF	SE
E-MAIL	lucy30julym@gmail.com		
TELEFONE	(88) 988857-0463		

RESUME (X) PARA CADA DOCUMENTO EN RECUPERACION

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPRESSO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTUS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENT

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO QU CERTIDAO DIS CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

REC ARAGÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS -

1

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSESSOR, INDRAMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

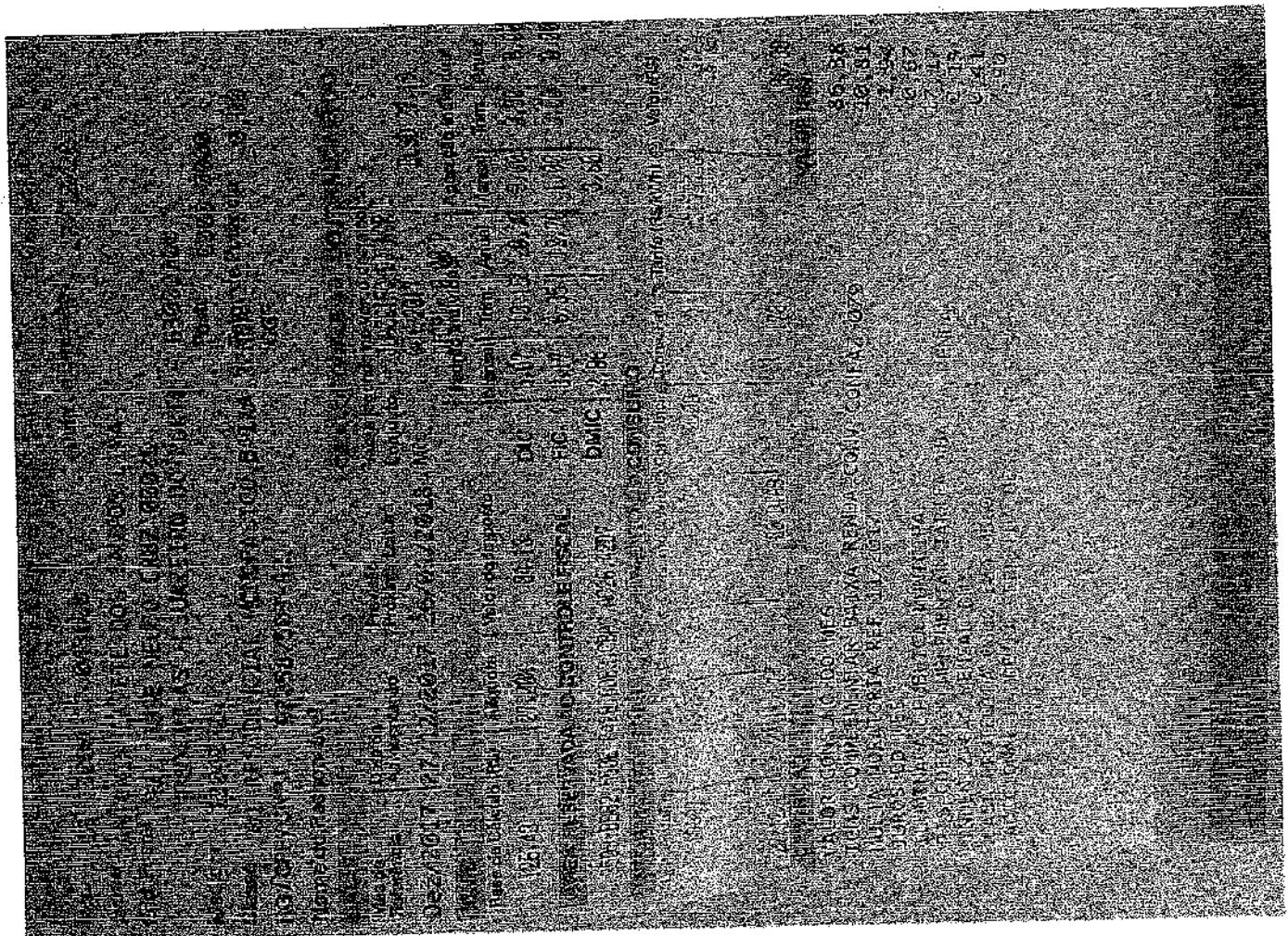
VALORES DE INDENIZAÇÃO

- NORTE = R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABECA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEPBOL.50). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
DIMPLETA.
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
ESTUDOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPNAUTSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE
GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	DATA
<u>18/01/2018</u>	<u>18/01/2018</u>
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
<u>96029465210</u>	<u>96029465210</u>
NITIDADE	NITIDADE
<u>TA</u>	<u>TA</u>



8055165		A tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N° 10.433 de 26 de abril de 2002. Companhia Energética do Ceará Av. Padre Valdevino, 150 CEP 60135 040 Fortaleza/CE CNPJ 07.047.261/0001-70 CGF 06.105.295.3 543120264																																																									
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 3 SÉRIE B-4 N° 26/09/2018		Data de Emissão 26/09/2018																																																									
Rota 13 13000 12 1043600 Nome ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LIMA End. Postal RU JOSE NEUDO CRUZ, 00025 PEDRINHAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000 Medidor 12042724 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX - RENDA MONOFASICO RG/CPF/CNPJ 926587503-82		Posto 0000 0000 CGF																																																									
Nome do Responsável DATAS Mês de Referência 26/09/2018 Data da Provisão 26/10/2018 ICMS Base de Cálculo (R\$) 117,41 Alíquota 31,13% Valor da Unidade 1,13 ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL 00017677 DE 24/04/2018 PIS/COFINS 4031-EE99																																																											
INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO Veja a legenda no verso da conta. Conjunto Jul/2018 DÍCRA! 0,00 p. EU03 23,26 Mês Padrão Individual Apuração Individual DÍC 0,73 5,91 19,82 0,00 0,00 0,00 FIC 3,17 5,95 12,78 0,00 0,00 0,00 DMIC 2,77 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00																																																											
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO Leitura Atual 26/09/18 Leitura Anterior 27/08/18 Consumo (kWh) 0,00 Cons. Fis. 0,00 Tarifa (R\$/kWh) 1,13 Valor (R\$) 0,00 CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES																																																											
DESCRICAÇÃO VALOR CONSUMO DO MES ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 77,54 MULTA MORATÓRIA REFF 08/2018 10,66 CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES 1,71 JUROS DO MES ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 0,59 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,88 CASA PROTEGIDA 0800 600 0560 18,57 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,41) 0,92 7,90																																																											
VENCIMENTO 03/10/2018		TOTAL A PAGAR (R\$) 118,77																																																									
HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dec</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>May</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Aug</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo (kWh)</td> <td>171</td> <td>153</td> <td>169</td> <td>159</td> <td>174</td> <td>155</td> <td>167</td> <td>196</td> <td>164</td> <td>165</td> <td>173</td> <td>188</td> <td>170</td> </tr> <tr> <td>Compensação (kWh)</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Neto (kWh)</td> <td>171</td> <td>153</td> <td>169</td> <td>159</td> <td>174</td> <td>155</td> <td>167</td> <td>196</td> <td>164</td> <td>165</td> <td>173</td> <td>188</td> <td>170</td> </tr> </tbody> </table>				Mês	Ago	Sep	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Aug	Consumo (kWh)	171	153	169	159	174	155	167	196	164	165	173	188	170	Compensação (kWh)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Neto (kWh)	171	153	169	159	174	155	167	196	164	165	173	188	170
Mês	Ago	Sep	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Aug																																														
Consumo (kWh)	171	153	169	159	174	155	167	196	164	165	173	188	170																																														
Compensação (kWh)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																														
Neto (kWh)	171	153	169	159	174	155	167	196	164	165	173	188	170																																														
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica Emissão kg (CO ₂) 61,68 Compensado kg (CO ₂) 0,00 Consciência Ecologica (%CO ₂) 0%																																																											
CONTAS EM ATRASO AVISO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Informamos que o cliente consta em nossos controles conta(s) em atraso. Seus débitos não pagos, ou não pagamento da dívida, implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias úteis. Possibilitando a entrega das informações dos ORGANOS DE PROTECAO (172 e/ou 173), bem como o envio das informações dos ORGANOS DE PROTECAO ao CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.																																																											
Consta desta fatura R\$ 2,72 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS 0,42% e COFINS 1,91% (Art. 9º Res. 100-Ses - ANEEL e Leis n. 10.637-02 e 10.603-03). Estamos em Bandeira vermelha Patamar 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kwh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br																																																											

FICHA DE INTERNAÇÃO

fls. 17

Controle/Arquivo

Comp.: / /

Apres.: / /

Prontuário N°.: 138533
Internação N°.: 490911

Impresso: 05/06/2018 10:46

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: PEDRO LIMA LEANDRO
Respons.: RAFAELA LIMA LEANDRO

|Nasc.: 01/06/2002 Idade: 16 Sexo: M

Matrícula: 898002926801752
Endereço.: RUA DOMINGOS SAVIO 1140 CASA
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
Filiação.: Mãe - ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LIMA
CPF.....: 072.715.843-07 RG: 20085809424
NORTE
Raça....: Pardo Profissão: |Est.Civil: SOLTEIRO

Bairro...: TIMBAUBAS Cep.: 63100000
Telefone: 88988633056
Pai - JOSE LEANDRO DA COSTA
UF: CE Orgão: SSPDS Natural: JUAZEIRO
|Carater...: ELETIVA
|Tipo Acom.: ENF. CLINICA/CIRURG.

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico...: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Clínica...: INTERN. CIRURGICA
Setor....: POSTO CIRURGICO
Acomod...: AC09

Leito....: AC09.6 Trans.P/Leito: Enf/Apto:

Cadastro...: ANAGEUDY /Atendente: VANDA
Data/Hora.: 05/06/2018 10:40
Convênio...: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SESAU
Carater...: ELETIVA
|Tipo Acom.: ENF. CLINICA/CIRURG.

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

*Paciente com fratura
em rebote de fratura da coxa no antebraço
agendado, internado para. Remédio*

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

EDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV = RM =

PUPILOS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS:

ASS.:

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 07/06/18

*Dra. Francisca Petronio Sampaio
Assunto: Ortopedia*

Francisco Petronio Sampaio
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO (A): 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

VÍTIMA PEDRO LIMA LEANDRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

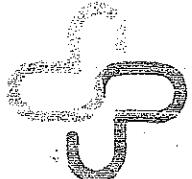
BENEFICIÁRIO PEDRO LIMA LEANDRO

CPF/CNPJ: 07271584307

Posição em 05-01-2019 10:48:36

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDACAO LEANDRO BEZERRA

Relatório Médico



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138533 Leito: AC09.6 Atend.: 490911
Enfermeiro(a): GIRLEUDA Data/Hora: 05/06/2018 23:43

NOITE

PACIENTE JOVEM MENOR DE IDADE COM ACOMPANHANTE, EM PRE-OPERATORIO COM DR. PETRONIO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, EM DIETA ZERO PARA PROCEDEDIMENTO, COM ACESSO VENOSO PERIFERICO PARA SOROTERAPIA SEGUNDO PRECRIÇÃO MEDICA DE HORARIO, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS NEGA ALERGIA A QUALQUER TIPO DE MEDICAÇÃO, NEGA DIABETES, NEGA HIPERTENSÃO, DEAMBULA SEM DIFICULDADE, SONO E REPOUSO PRESERVADO, REALIZADO BANHO EM ASPERSÃO, SEM QUEIXAS NO PERÍODO, MEMBRO AFETADO SEM IMORTILIZAÇÃO, VERIFICADO SINATIS VITATIS DENTRO DAS NORMALIDADES, REALIZADO TROCA DE LENÇÕES DE LEITO, AGUARDA NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): GIRLEUDA ALVES ANDRADE
COREN: 1141108-CE

PRESCRIÇÃO ELÉTRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

| +90#1
Prescrição:112579

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
Data Solic.: 06/06/2018 13:53:22
Data Pr. Ini: 06/06/2018 14H
Data Atend.: 05/06/2018 10:10:00

Sexo: MASCULINO
Dt Nasc: 01/06/2002 16A 0M 5D
Convênio: CONVENTO JUAZEIRO 17/2017SESAU
Prescrição: 112579
Data Pr. Enc: 07/06/2018 14H
Atendimento: 490911 (2)
Leito: AC09 . 6

01 DIRETA LIVRE APÓS O EFEITO DA ANESTESIA

Diárias
Ítem Código Descrição
Via Freqüência Saída Horários

Medicações	Ítem Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Freqüência	Qtd de Total	Saída	Horários
	02 00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL		2	FRS	EV	2		
	03 00010103	SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETAVEL		2	AMP	EV	2		
	04 00010065	CLIPRONA SODICA; 500MG /ML AMPOLA 2ML + AGUA DESTILADA DE 06/06HS -		4	AMP	EV	4		
	05 00010055	TRAMADOL CLORIDRATO DE: 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV 2 EFLUIR 50ML DE SF - DE 12/12HS -		2	AMP	EV	2		
	06 00010062	CYCLOFENACO SODICO; 25MG/ML AMPOLA 3ML DE 12/12HS		2	AMP	IM	2		
	07 00010028	TEPALOTINA SODICA; BRASCO-PO 1GR PO €/6HS -		1	FRP	EV	06/06	4	14 20 02 08
	08 00010047	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE; 5MG/ML AMPOLA 2ML IN 1 FAZER COM AD SF N.		1	AMP	EV	1		

Cuidados	Ítem Código	Descrição	Freqüência
	09	SSV7-CCGG	

Ass. Prestador: FRANCISCO PERONIO SAMPAIO (CRM: 005943)
Impresso em 06/06/2018 13:55:55 pelo USUARIO: MARCOS VASCONCELOS



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/06/2018 08:21

N. Atendimento...: 490823
 Data Atendimento: 05/06/2018 Hora: 07:50
 Médico Respons.: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
 Repcionista...: ANAGEUDY
 Setor Atend....: CONSULTORIO

Convênio...: BPA SUS
 Matrícula...: 898002926801752
 Guia.....:
 Tipo Atend.: AMBULATORIAL
 Serviço....: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: PEDRO LIMA LEANDRO Pront: 138533
 Dta Nasc.: 01/06/2002 - 16 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO RG: 20085809424
 Endereço.: RUA DOMINGOS SAVIO 1140 CASA
 Cep.....: 63100000 Bairro: TIMBAUBAS Município: JUAZEIRO DO NORTE
 Estado...: CE Resp.: RAFAELA LIMA LEANDRO
 Fone.....: 88988633056

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

*(fractura) perna anterofrente
onde se quebra e
diminuta*

CONDUTA

NATUREZA DO ATENDIMENTO

Resid. Ambul. Intern. Outro Clínica Cirurg. Obst. Ped. Oftálmico. Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAIO-X

ULTRASSOM

ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

Dr. (a) FRANCISCO PETRÓNIO SAMPAIO
 CRM: 0005943 CPF: 24733180349

PACIEN *LEANDRO*
 Paciente / Responsável

Edna
 03/10/18

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PEDRO LIMA LEANDRO
Pront.: 155745 **Data Nasc.:** 01/06/2002 **Idade:** 15 ano(s) 7 mes(es) e 3 dia(s) **Admissão:** 04/01/2018 20:47
Mãe: ANTONIA ÉLIETE DOS SANTOS LIMA
Sexo: Masculino **RG:** _____ **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 **Bairro:** TIMBAUBAS **Tel.:** 88 98863-3056
Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO **Num:** 1140

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador:** SHIRLEY PEREIRA ALVES **Horário:** 04/01/2018 20:49
Queixa: PACIENTE RELATA DOR EM MSE, EM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESELLA
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL **CRM:** 6 **Nº:** 405575 **Horário:** 04/01/2018 20:55
Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** _____ **P.A.:** _____
Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO)
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
 PACIENTE COM DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL **CRM:** 10498 **Horário:** 04/01/18 20:57

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG 1AMP + SF 0,9% 100ML IV	04/01/18 20:57
TRAMADOL 100MG 1AMP + SF 0,9% 250ML IV	04/01/18 20:58

1

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RAFAELA LIMA LEANDRO

DOC IDENITDADE / ORG EMISSOR UF
20076124597 SISTEDS CE

CPF — DATA NASCIMENTO
066.433.643-45 18/08/1998

FILIAÇÃO
JOSE LEANDRO DA COSTA

ANTONIA ELIEZE DOS
SANTOS LIMA

PERMISSÃO ACC GANHAR
PERMISSÃO

Nº REGISTRO
1497199202

VALIDADE
06/11/2017

Nº HABILITAÇÃO
31/10/2017

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1497199202

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO.

RAFAELA LIMA LEANDRO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO

06/11/2017

IGOR VASCONCELOS PONTE

73068260610
CE156311640

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497199202

Dr. Jofrânia Bandeira F. de Caldas

Clinica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Riportório médico

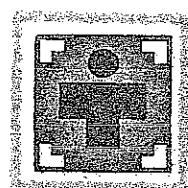
O paciente Pedro Lino Leal
Iris saiu acidentalmente de moto
no dia 01/01/2018 que resultou
em fratura do antebraço
(radio + ulna) exposta.
Recebeu tratamento (cirurgia
osteosíntese com placas e
ossos do antebraço exposto). A-
presento seguimento motores
funcionando 50% no lado
direito do antebraço exposto.
Realizou alta definitiva no dia
05/10/2018.

Dr. Jofrânia B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

19/11/2018

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

Pedro Lima Leandro

O paciente Pedro Lima Leandro desceu entredas noite servido em fratura no ombro direito no dia 09/01/18, vítima de acidente de moto.

O mesmo foi operado, ficou em acompanhamento ambulatorial e feriu fechado no processo está de alta portando sintomas deletorios.

03/09/08

[Handwritten signature]
Dr. Henrique Cícero
Medicina Ortopédica
HCFMUSP

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101.3150 - Fax: (88) 3571.4517
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



CLÍNICA DE FISIOTERAPIA INTEGRADA S/C - LTDA

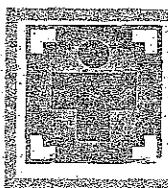
CNPJ: 07390376/0001-07
FONE: (88) 8807.0477

Declaro(05).

Declaro para os devidos fins
que Pedro Lino Leandro
realizou ato fisioterápico
nesta setor devido à
fratura de rádio e ulna.
E, durante dez sessões.
Paciente recebe alta nesta
data.

Giroto

24/08/18



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente:

Ricardo Lira Lira

Nº do Registro:

Idade:

15

Data:

8/1/2019

Convênio:

Leito:

Cirurgião:

Dra. P. R. Lira

Anestesista:

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

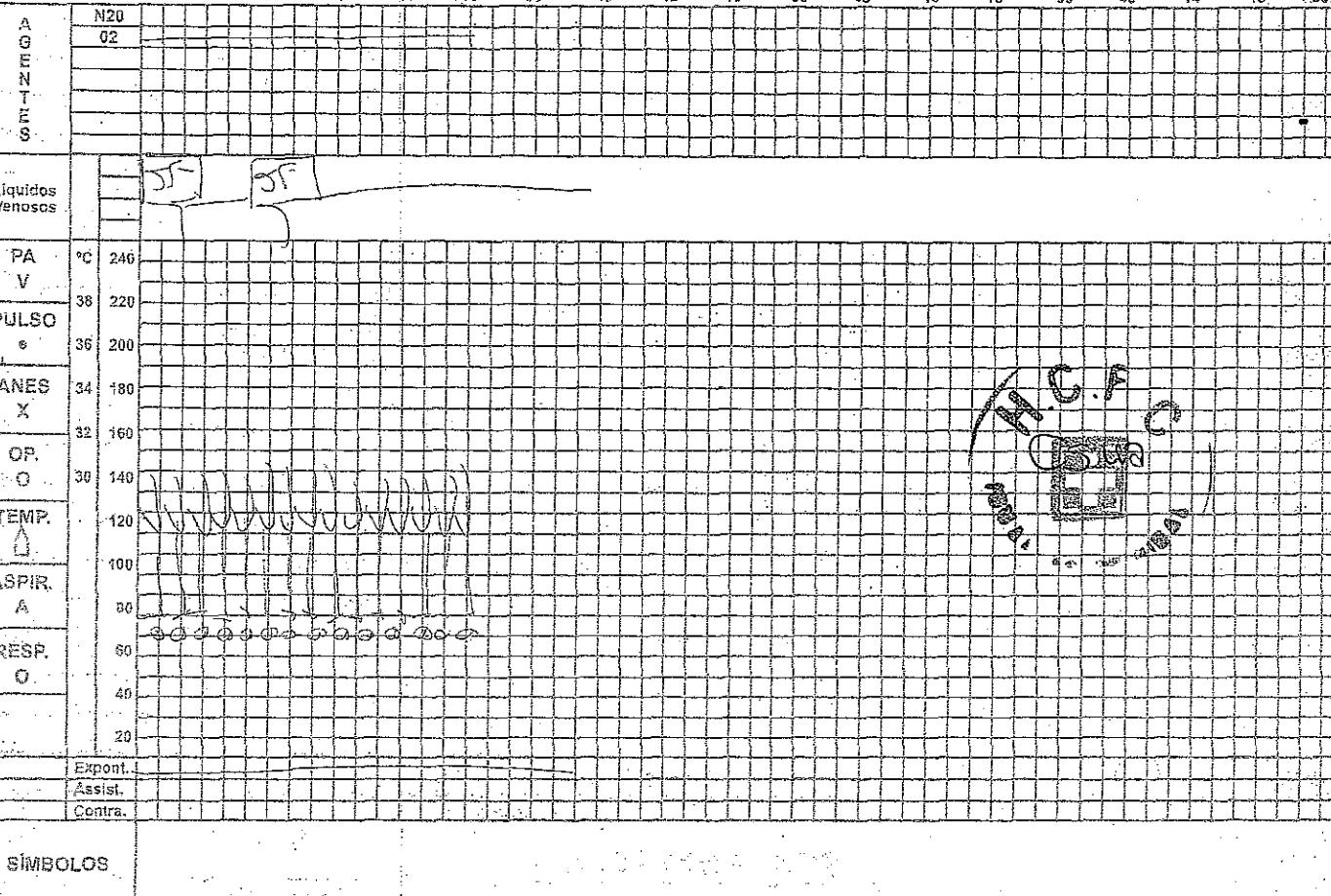
*J5:**X**J6:**Léa da M. Oliveira Lira*

MÉDICA

CRM 3488

CPF 121.867.174-49

10 15 30 45 11 15 30 45 12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30



AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>ip</i>		<i>V.B. - Supina</i>	<i>1</i>
B. <i>ip</i>		<i>+ rotação 60°</i>	<i>2</i>
C. <i>ip</i>		<i>torso F. +</i>	<i>3</i>
D. <i>ip</i>		<i>torso F. +</i>	<i>4</i>
E. <i>ip</i>		<i>torso F. +</i>	<i>5</i>
F. <i>ip</i>		<i>torso F. +</i>	<i>6</i>
G. <i>ip</i>		<i>torso F. +</i>	<i>7</i>
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	<i>8</i>
TOTAL	<i>100ml</i>	TEMPO DE ANESTESIA <i>60'</i>	<i>9</i>
OPERAÇÃO	<i>ip. br.</i>		<i>10</i>

Laringo - Espasmo - Excesso Secre.
Depressão Respiratória - Hipóxia
BUCKING" - VômitoHemorragia - Arritmia -
Bradí - Taquicardia - Choque

ANESTESISTA

CIRURGÃO

PERDA
SANGUÍNEA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CEARÁ

Paciente:

Pedro Domingos Andrade

Convênio:

Santíssima

Cirurgia:

ATO Cirúrgico de frat. antebraço E

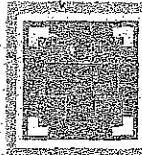
Data: 08/01/2018

Anestesia: Início:

15:00 Hs Fim: 16:00 Hs

Médico: Dr. Petronio

Material	Taxa de Sala		Sol./Medicam./Anestésicos		
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial	Adrenalina	AMP	Soro Fisiol. Infusão / Lavar
Álcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora	Água Destilada 10ml	AMP	Soro Fisiol. 100ml
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas	Água Destilada 1000ml	TB	Soro Fisiol. 250ml
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas	Água Oxigenada	ML	Soro Fisiol. 500ml
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas	Álcool Iodado	ML 50	Soro Glic. 250ml
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas	Aminofilina	AMP	Soro Glic. 500ml
Aguilha Peridural 180G	UN		Aramim	AMP	Sol. Glico-Fisiológico 500ml
Aguilha Raqui 26 e 27	UN	Fios Sutura	Atropina 0,25mg	AMP	Sol. Ringer Lactato 500ml
Aguilha Stimuplex	UN	Aciflex Nº	Bicarbonato de Sódio	AMP	Sulfenta
Atraucip	UN	Ethibond Nº	Brevibloc	AMP	Tenoxen 20mg
Azul Metílico	UN	Monocryl Nº	Clonidin 150mcg	AMP	Tilatil 20mg
Atadura de Crepon 12cm	UN	Monocryl Nº	D decadron 4mg (Dexametasona)	AMP	Tracrium 10mg/ml
Bola de algodão	UN	Monocryl Nº	Difenidrin	AMP	Tramal 50mg
Band-Aid	UN	Mononylon Nº 3-0	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP	Trofodermin
Cánuña Endotraqueal	UN	Mononylon Nº	Delosai 100mg	AMP	Valium 10mg
Cateter Jeico	UN	Mononylon Nº	Dormenid 15mg	AMP	Vaselina pomada
Cateter Oxigênio	UN	Policat Nº	Droperidol	AMP	Voltaren 75
Clamp Umbilical	UN	Prolene Nº	Efedrina 50mg	AMP	Xilestesin CV 2%
Coletor Urina Fechado	UN	Prolente Nº	Efortil 10mg	AMP	Xilestesin GEL
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado Nº	Esmeron 10mg/ml	AMP	Xilestesin Spray
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples Nº	Éter	AMP 30	Xilestesin SV 2%
Capa p/ Vídeo	UN	Vicryl Nº	Fehergan	AMP	Luna este m 80 UN
Dreno Penrose	UN	Vicryl Nº	Fentanest	FA 2ml	
Dreno Tórax Biokit	UN		Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP	
Eléctrodos ECG	UN		Glicose 25% ou 50%	AMP	
Equipo Artroscopia	UN		Glutaron	MI	
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hæmmacel	TB	
Equipo Scro	UN	Bisturi Elétrica	Heparina 5000/1ml	AMP	
Espadrada	UN 40	Bomba Infusão	Hidrocortisona	FA	
Escova PVPI	UN	Capnografia	Hypaque 50%	FA	
Faixa Smarch	UN	Desfibrilador/Cardiovorsor	Inovel	AMP	
Formol líquido	ml	Fotografia	Isoflurano	FR	
Gaze Alcochada	UN	Intensificador imagens	Kanakion	AMP	
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN 50	Monitor Multiparamétrico	Ketafat 50mg/ml	FA	
Gaze Vaselineada	UN	Oxigênio	Lanexat 0,5mg	AMP	
Gel Condutor	Gr	Oxido Nítrico	Nasix 40mg (Furosemida)	AMP	
Garro desc.	UN	Aspirador	Methergin	AMP	
Hemodreno Nº	UN	Aparelho de vídeo	Nalorfina	AMP	
Intracath	UN		Narcanc 0,4mg	AMP	
Irrigafix	UN		Naropin	AMP	
Lâmina Bisturi 24	UN	Antibiótico	Nauseodion 4mg	AMP	
Luvas Cirúrgicas 7,0	UN	Cefazolina 1g	Neocaina CV 0,5%	AMP	
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	Neocaina Pesada 0,5%	AMP	
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	Neocaina SV 0,5%	AMP	
Micropore	UN	Garamicina 80mg	Novabupi CV 0,5%	AMP	
Povidine 10%	UN 80	Keflin 1g (Cefalotina)	Novabupi SV 0,5%	AMP	
Propés desc.	UN		Novabupi 0,75 CV	AMP	
Presto barba	UN		Novabupi 0,75 SV	AMP	
Scalp nº	UN	Equipe	Novalgina 500mg/ml (Dipirona)	AMP	
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: Dr. Petronio	Nubain 10mg	AMP	
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxílio I:	Óleo de Canola	MI	
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio II:	Omeprazol 40mg	FA	
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: Suely	Orastina	AMP	
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesista: Dr. Petronio	Pancuron	AMP	
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatria:	Pavulon	AMP	
Sonda Folley 2V Nº	UN	08 - Circulante: Dr. Petronio	Plasil 10mg	AMP	
Sonda Folley 3V Nº	UN		Propofol 1% e 2%	AMP	
Sonda Nasogástrica	UN		Prostigmine 0,5mg	AMP	
Sonda Uretral Nº	UN		Quelicin 100mg	AMP	
Torneira 3V	UN		Sevoflurano	FR	
Transfix	UN				
Tala Gessada MS	UN				
Tala Gessada MI	UN				
Órtese / Prótese					



Data: / /

Paciente:

Convênio:

REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

Fratura aberta do

CIRURGIAS REALIZADAS:

Redução + fixação



CÓDIGO AMB:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Paciente sob efeito anestésico
Fratura aberta do antebraço, apesar de
de curativo plástico
fixado no dorso do antebraço
Fixado com fios de
garminal, fixada com
curativo

Dr Francisco P. Ximbra
Residente Cirurgião
Tel 9933-0711 247.351.803-49

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº REGISTRO

5717

PACIENTE: PEDRO LIMA LEANDRO
 CONVÊNIO: PARTICULAR
 MÉDICO: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
 BLOCO: NAO INFORMADO ACOMODAÇÃO: 12

IDADE: 15a 7m 7d

LEITO: 2

DATA ENTRADA: 08/01/2018

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.1 - PRESCRIÇÃO

SORO FISIOLOGICO 500ML

500

Francisco Petronio Sampaio
5943

08/01/2016 15:10:22

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIPE

Nº Registro: 1677
 Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
 Convênio: PARTICULAR
 Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Data: 08/01/2018

Carteira:

Evolução Técnica de Enfermagem

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 14:23HS:

CLIENTE MENOR DE 15ANOS ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO DEAMBULANDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, CALMO, COOPERATIVO, EM DIETA ZERO, ACOMPANHADA, HIGIENIZAÇÃO CORPORAL SATISFACTORIO, SONO+REPOUSO PRESERVADOS, NEGA: DIABETES, ETILISMO, TABAGISMO, HIPERTENSÃO E ALERGIAS; FEITO AVP COM JELCO 20 EM SOROTERAPIA, AFERIDO OS SSVV:

PA:110X80mmhg

FC:70bpm

FR:19rpm

T:36,6C

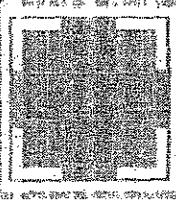
AS 14:50HS ENCAMINHADO PARA S.O NA MACA;

AS 16:20HS CLIENTE RETORNOU DO S.O. APOS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, SONOLETO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, EM SOROTERAPIA, DIATE LIBERADO APOS EFEITO DA ANESTESIA, REALIZADO RX DE CONTROLE, AFERIDO A PA:100X80mmhg, T:36,1C, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MARIA REGILANE SANTOS
 COREN-CE-966766

08/01/2018 17:36:21

Maria Regilane Santos
 Enfermagem
 766, em enfermagem
 COREN-CE 966.766



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 5717

Data: 08/01/2018

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRÓ

Convênio;PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

E VOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

AS 20:00HS CLIENTE JOVEM 15ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMORADO. ESTA EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, MANTENDO SOROTERAPIA + MEDICAÇÃO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIGIENE CORPOAL SATISFACTORIA, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

PA=120X80mmhg

T=36.5°C

P=80bpm

R=20 rpm

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

AS 22:00HS CLIENTE REFERIU ALGIAS. M.C.P.M.

AS 06:00HS CLIENTE RELATÁ-TER DORMIDO BEM, MANTEM REPOUSO NO LÉITO, ACOMPANHADO HIGIENE CORPORAL SATISFACTORIA

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

SOLANGE DA SILVA SANTOS.
COREN-CE-105136
09/01/2018 05:52:03

John G. Sauer

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 5717

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Data: 8/1/2018

Carteira:

Evolução Técnico de Enfermagem

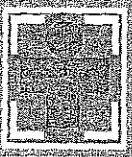
1 - EVOLUÇÃO

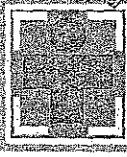
1.1 - DESCRIÇÃO

11HRS= CLIENTE COM BOA EVOLUÇÃO, APÓS VISITA MÉDICA SAIU DE ALTA HOSPITALAR, ACOMPANHADO, DEAMBULANDO, RETIRADO AVP, COM ALGODÃO, ÁLCOOL, LUVA, PROCEDIMENTO.

MARTA MARIA NASCIMENTO DE
COREN-CE-429032
9/1/2018 11:00:54

Marta Maria N. de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN - CE - 429032

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI	<u>Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo</u> <u>Juazeiro do Norte CE</u> <u>PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517</u>		
NOME DO CLIENTE: PEDRO LIMA LEANDRO				
EXAME SOLICITADO:	RAIOS X DO ANTE BRACO		DATA 08/01/2018	IDADE 15 ANOS
MEDICO:	PETRONIO	CRM:	5943/CE	CONVÊNIO
<p>Fratura do 1º dízimo do antebraço.</p> <p><i>Eduardo Lopes</i></p> <p>DR. EDUARDO LOPES CRM: 721</p>				

 <p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI</p>		<p>Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo Juazeiro do Norte CE PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517</p>			
NOME DO CLIENTE: PEDRO LIMA LEANDRO					
EXAME SOLICITADO: RAIOS X DO ANTE BRACO				DATA 08/01/2018	IDADE 15 ANOS
MEDICO:	PETRONIO	CRM:	5943/CE	CONVÉNIO	PARTICULAR
<p>Fratura do 1/3 distal do osso do ante braco com fio intermedula ao radio.</p> <p>H.C.F.C</p> <p>DR. EDUARDO LOPEZ CRM: 721</p>					



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte

Rua Maria Marçionilia Pessoa Silva, 800, Lagoa Seca - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-8218, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeiro.2civel@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0009624-25.2019.8.06.0112**

Classe – Assunto: **Arrolamento Comum - Seguro**

Arrolante: **Pedro Lima Leandro**

Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro a gratuidade da justiça.

Remetam-se os autos ao CEJUSC para audiência de conciliação, devendo a parte ré ser citada com a antecedência mínima de 20 dias da audiência.

Ressalte-se que, havendo desinteresse na autocomposição, a ré deve manifestá-lo por escrito a este Juízo com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data marcada para a audiência.

No mandado citatório e na intimação para a audiência deverá constar que o não comparecimento injustificado de qualquer das partes ao ato importará em ato atentatório à dignidade da Justiça, sancionado com multa de até 2% sobre o valor da causa ou do proveito econômico, conforme o art. 334, §8º do NCPC.

Intimações e expedientes necessários.

Juazeiro do Norte, 02 de julho de 2019.

Francisco José Mazza Siqueira
Juiz



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

CEJUSC - Juazeiro do Norte

Rua Maria Marçionilia Pessoa Silva, 800, Jardim Gonzaga - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-5353, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeirodonorte.cejusc@tjce.jus.br

ATO ORDINATÓRIO

Processo nº: **0009624-25.2019.8.06.0112**

Classe: **Arrolamento Comum**

Assunto: **Seguro**

Arrolante: **Pedro Lima Leandro**

Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Considerando o disposto no art. 203, § 4º do CPC, que autoriza a impulsão do feito através da prática de atos ordinários, bem como a remessa dos autos a este Centro Judiciário, na presente data, através do utilitário "**Transferência de Processos entre Varas**" para agendamento e realização de audiência, designo **Audiência de Conciliação** para o dia **08/OUTUBRO/2019, às 11:00 horas**, a se realizar no Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania de Juazeiro do Norte-CEJUSC/JN, na Sala de Audiências CEJUSC 1, no Fórum Local. Encaminho os presentes autos à SEJUD respectiva para a confecção dos expedientes necessários.

Juazeiro do Norte/CE, 08 de julho de 2019.

Ana Clécia Augusto Leite Carneiro

Técnico Judiciário

Assinado por Certificação Digital¹

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

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

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

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

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte

Rua Maria Marçionilia Pessoa Silva, 800, Lagoa Seca - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-8218, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeiro.2civel@tjce.jus.br

ATO ORDINATÓRIO

Processo nº: **0009624-25.2019.8.06.0112**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Arrolamento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Arrolante: **Pedro Lima Leandro**
 Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Conforme disposição expressa na Portaria nº 542/2014, emanada da Diretoria do Fórum Clóvis Beviláqua, cumpram-se os expedientes remanescentes da decisão já proferida nos autos em epígrafe, em especial, para o comparecimento das partes à Audiência de **Conciliação** na data de **08/10/2019** às **11:00h** na sala da **Sala CEJUSC 1**, no Centro Judiciário CEJUSC, no Fórum Clóvis Beviláqua.

Decisão: "Considerando o disposto no art. 203, § 4º do CPC, que autoriza a impulsão do feito através da prática de atos ordinários, bem como a remessa dos autos a este Centro Judiciário, na presente data, através do utilitário "Transferência de Processos entre Varas" para agendamento e realização de audiência, designo Audiência de Conciliação para o dia 08/OUTUBRO/2019, às 11:00 horas, a se realizar no Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania de Juazeiro do Norte-CEJUSC/JN, na Sala de Audiências CEJUSC 1, no Fórum Local. Encaminho os presentes autos à SEJUD respectiva para a confecção dos expedientes necessários."

Juazeiro do Norte/CE, 08 de agosto de 2019.

Sarah Maria da Silva Gonçalves

Técnico Judiciário

Assinado Por Certificação Digital¹

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

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

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

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

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte

Rua Maria Marçionilia Pessoa Silva, 800, Lagoa Seca - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-8218, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeiro.2civel@tjce.jus.brJuazeiro do Norte

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Processo nº: **0009624-25.2019.8.06.0112**
 Apensos: **Processos Apensos <> Informação indisponível >>**
 Classe: **Arrolamento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Arrolante: **Pedro Lima Leandro representado pelo seu genitor José Leandro da Costa**
 Arrolado: **Seguradora Líder**
 Senha do Processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) **Dr(a). Renato Esmervaldo Paes**, Juiz(a) de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte da comarca Juazeiro do Norte/CE, conforme disposto no artigo 334 do Código de Processo Civil, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria sobre todo o conteúdo da ação cível objeto do processo em epígrafe, cuja petição inicial e documentos poderá ser consultada no sistema processual e-SAJ por meio de senha de acesso aos autos digitais, sendo parte integrante desta carta, bem como **INTIMAÇÃO** para comparecer à **audiência de conciliação** marcada para o dia **08/10/2019 às 11:00h**, na **sala de audiências CEJUSC 1**, Centro Judiciário, no endereço acima indicado, Fórum Local, podendo a parte constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10), e advertindo-se que o prazo contestatório, de **15 dias**, contar-se-á conforme o artigo 335 do mesmo Código, tudo sob pena de revelia e de presunção de veracidade dos fatos afirmados pelo autor no pedido inicial.

Advirta-se também que o ato processual só não será realizado se ambas as partes, expressamente, manifestarem desinteresse na composição consensual, e que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência é considerado por lei atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

OBSERVAÇÃO:

- Expediente emitido conforme art. 3º, do provimento nº 01/2019, da Corregedoria Geral de Justiça, de 10 de janeiro de 2019.

Juazeiro do Norte/CE, 14 de agosto de 2019.

**Wilson Santos de Oliveira
Supervisor de Unidade Judiciária**

Assinado Por Certificação Digital¹

Sr(a).Seguradora Líder

Av. Dom Luis, 300, Condomínio Avenida Shopping e Office, loja 147, Aldeota

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

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

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

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

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois Conferência de Documento Digital do 1º grau.

Abra a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte

Rua Maria Marcionilia Pessoa Silva, 800, Lagoa Seca - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-8218, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeiro.2civel@tjce.jus.brJuazeiro do Norte

Fortaleza-CE
CEP 60160-230



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Juazeiro do Norte

2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte

Rua Maria Marçionilia Pessoa Silva, 800, Lagoa Seca - CEP 63046-550, Fone: (88) 3571-8218, Juazeiro do Norte-CE - E-mail: juazeiro.2civel@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº:	0009624-25.2019.8.06.0112
Apensos:	Processos Apensos << Informação indisponível >>
Classe – Assunto:	Arrolamento Comum - Seguro
Arrolante:	Pedro Lima Leandro representado pelo seu genitor José Leandro da Costa
Arrolado:	Seguradora Líder

CERTIFICO, para os devidos fins, que analisei o ato retro e dei cumprimento a todos os expedientes necessários à realização da audiência.

Juazeiro do Norte/CE, 14 de agosto de 2019.

Wilson Santos de Oliveira
Supervisor de Unidade Judiciária
Servidor SEJUD
 Assinado por certificação digital¹

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

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

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

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

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**.

Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0222/2019, encaminhada para publicação.

Advogado	Forma
Marcondes Yuri de Sousa Damasceno (OAB 24600/CE)	D.J
Milton Correia de Almeida (OAB 22660/CE)	D.J

Teor do ato: "Considerando o disposto no art. 203, § 4º do CPC, que autoriza a impulsão do feito através da prática de atos ordinários, bem como a remessa dos autos a este Centro Judiciário, na presente data, através do utilitário "Transferência de Processos entre Varas" para agendamento e realização de audiência, designo Audiência de Conciliação para o dia 08/OUTUBRO/2019, às 11:00 horas, a se realizar no Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania de Juazeiro do Norte-CEJUSC/JN, na Sala de Audiências CEJUSC 1, no Fórum Local. Encaminho os presentes autos à SEJUD respectiva para a confecção dos expedientes necessários."

Do que dou fé.
Juazeiro do Norte, 16 de agosto de 2019.

Diretor(a) de Secretaria

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico e dou fé que o ato abaixo, constante da relação nº 0222/2019, foi disponibilizado na página 961-966 do Diário da Justiça Eletrônico em 19/08/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado
Marcondes Yuri de Sousa Damasceno (OAB 24600/CE)
Milton Correia de Almeida (OAB 22660/CE)

Teor do ato: "Considerando o disposto no art. 203, § 4º do CPC, que autoriza a impulsão do feito através da prática de atos ordinários, bem como a remessa dos autos a este Centro Judiciário, na presente data, através do utilitário "Transferência de Processos entre Varas" para agendamento e realização de audiência, designo Audiência de Conciliação para o dia 08/OUTUBRO/2019, às 11:00 horas, a se realizar no Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania de Juazeiro do Norte-CEJUSC/JN, na Sala de Audiências CEJUSC 1, no Fórum Local. Encaminho os presentes autos à SEJUD respectiva para a confecção dos expedientes necessários."

Do que dou fé.
Juazeiro do Norte, 21 de agosto de 2019.

Diretor(a) de Secretaria