



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)

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_ VARA  
DA COMARCA DE CRATEÚS/CE**

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

**EDIMILSON MATIAS CHAVES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº **2004019143668**, expedido por SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº. **87366231304**, residente e domiciliado na Rua Onélia Teles de Mesquita, 373, Venancios município de Crateús/CE, CEP: 63708-270, **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](mailto: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: 20031-205), 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 **01 de Setembro de 2019** 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 12/12/2019** a título de indenização de seguro DPVAT (**processo administrativo que tramitou sob nº (3190.670578)**), a quantia de **R\$ 1.687,50 (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 **membro superior direito** 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 com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica,                                                                               |                                |                     |                      |                    |                   |                       |



**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)**

|                                                                                                                                 |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 (mil seiscentos 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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

**Enunciado 26:** O Beneficiário do seguro Obrigatório (DPVAT) pode postular de qualquer seguradora integrante do convênio (resolução SUSEP–CNSP n. 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](mailto: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 inadimplemento da Ré;

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**

Nestes Termos,  
Pede DEFERIMENTO.  
Crateús/CE, 17 de dezembro de 2019.

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



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

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

## PROCURAÇÃO

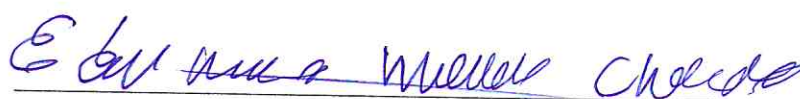
### **OUTORGANTE:**

|                                  |                                                    |                                          |                   |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Nome:<br>EDIMILSON MATIAS CHAVES |                                                    | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO             |                   |
| Estado Civil:<br>SOLTEIRO        | Profissão:<br>AGRICULTOR                           | Carteira de Identidade:<br>2004019143668 |                   |
| CPF nº:<br>873.662.313-04        | Residência:<br>RUA ONELIA TELES DE MESQUITA Nº 373 |                                          |                   |
| Bairro:<br>VENANCIOS             | Cidade:<br>CRATEÚS                                 | Estado/UF:<br>CE                         | CEP:<br>63708-270 |

**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., 16 de Dezembro de 2019

  
(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><b>EDIMILSON MATIAS CHAVES</b>             |                                | Nacionalidade:<br><b>BRASILEIRO</b> |
| Residência:<br><b>RUA ONELIA TELES DE MESQUITA Nº 373</b> |                                | Profissão:<br><b>AGRICULTOR</b>     |
| CPF nº:<br><b>873.662.313-04</b>                          | RG nº:<br><b>2004019143668</b> | Estado Civil:<br><b>SOLTEIRO</b>    |
| Bairro:<br><b>VENANCIOS</b>                               | Cidade:<br><b>CRATEÚS</b>      | Estado/UF:<br><b>CE</b>             |
| CEP:<br><b>63708-270</b>                                  | 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., 16 de dezembro de 2019.

+ Edimilson matias Chaves

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, RENOVAÇÃO E PERÍCIAS E IDENTIFICACAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

*Edmilson Matias Chaves*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004019143668 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2016

NOME EDMILSON MATIAS CHAVES

FILIAÇÃO GILDO ARAUJO CHAVES

FRANCISCA MATIAS CHAVES

NATURALIDADE NOVO ORIENTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 2816 FOLHA: 137

LIVRO: A-04 CRATEUS - CE

CPF 873.662.313-04

2 VIA

ASSINATURA DO DETRATOR

LEI Nº 7.116 DE 2008/883

P.: 36

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recife Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 873.662.313-04

Nome EDMILSON MATIAS CHAVES

Nascimento 22/11/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

*(88) 90097.9386*



Nº de Inscrição:

002702847

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDILSON MATIAS CHAVES  
End. Lattur: RU ONELIA TELES DE MESQUITA, 373, VENANCIOS  
Cidade: RATEIUS CEP: 63708-270  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 029 Setor: 003 Quadra: 0050 Lote: 0147 Comp: 0001  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen (m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|--------------|----------------------|
| AGUA    | AD9F094814 | 731              | 737           | 6            | 4                    |

DATAS

Leitura Atual: 03/07/2019 Emissão: 03/07/2019 Lacre Água:  
Leitura Anterior: 04/06/2019 Próxima Leitura: 03/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 050   | 050      | 010 | 050               | 050              |
| Analisadas      | 050   | 050      | 010 | 050               | 050              |
| Em conformidade | 050   | 049      | 008 | 050               | 050              |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e à exploração sexual contra a criança e o adolescente. 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 |           |             |
|------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| AGUA                   | 25,50       | Mês/Ano             | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,07        | JUL/18              | 5         | 0           |
| MULTA DE 2%            | 0,57        | AGO/18              | 5         | 0           |
|                        |             | SET/18              | 8         | 0           |
|                        |             | OUT/18              | 5         | 0           |
|                        |             | NOV/18              | 8         | 0           |
|                        |             | DEZ/18              | 6         | 0           |
|                        |             | JAN/19              | 5         | 0           |
|                        |             | FEV/19              | 5         | 0           |
|                        |             | MAR/19              | 4         | 0           |
|                        |             | ABR/19              | 5         | 0           |
|                        |             | MAI/19              | 4         | 0           |
|                        |             | JUN/19              | 5         | 0           |

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO |             | Subsídio            |             |
|------------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Descrição                    | Valor (R\$) | Descrição           | Valor (R\$) |
| PIS                          | 0,25        | VALOR DO SERVIÇO    | 41,74       |
| COFINS                       | 1,24        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 15,60       |
|                              |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 26,14       |
| MÊS/ANO                      | VENCIMENTO  | TOTAL A PAGAR (R\$) |             |
| 07/2019                      | 01/08/2019  | 26,14               |             |

ONDE PAGAR SUA FATURA : 358866081766034 L: 3786 H: 11:32:02 R: 000 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil.  
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.  
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. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
Mais informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.



**SINISTRO 3190670578 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** EDIMILSOM MATIAS CHAVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

**BENEFICIÁRIO** EDIMILSOM MATIAS CHAVES**CPF/CNPJ:** 87366231304**Posição em 17-12-2019 08:07:16**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 12/12/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS  
Impresso nº 2019778137



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 08:55:47**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2019 14:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - ENTRADA DO TOURÃO - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **EDIMILSOM MATIAS CHAVES**  
Nascimento: **22/11/1975** CPF: **873.662.313-04**  
RG: **2004019143668** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA MATIAS CHAVES**  
**GILDO ARAÚJO CHAVES**  
Endereço: **RUA ONELIO TELES, 373**  
Bairro: **VENÂNCIOS**  
Município: **CRATEUS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9213-5818**

**Histórico**

Informa o declarante que trafegava em um BICICLETA, vindo da localidade de TOURÃO onde trabalhava; QUE ao chegar na CE187, próximo a entrada do tourão, foi atropelado por uma MOTOCICLETA DE GRANDE DE COR PRETA; QUE não acionou o CORPO DE BOMBEIROS; QUE não acionou a GURDA MUNICIPAL desta urbe; QUE foi socorrido pela pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, que lhe levou até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO situada nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO DA UPA de nº 9021, relatando: "PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VINDO A COLIDIR O MSD; COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ALGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD"; QUE apresenta como testemunha ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: VALDENOR RODRIGUES DOS SANTOS, afirmando ter visto uma MOTO GRANDE E PRETA, que causou o acidente; QUE apresenta como testemunha a pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, CPF: 060.777.853-93 E RG: 2007716205-0, relatando ter prestado socorro e levado a vítima até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Daniel da Silva Paiva*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT.: 30110976-2-6

+ Edmilson M

+ Valdenor R

+ Hilton



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS  
Impresso nº 2019778137



fls. 14

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019**

**DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Odilmar Mendes Chaves*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

*Renê Gomes Mesquita*  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MAT. Nº 301249-4-4

*x Val de Noro Rodri Gus dos Santos*

*x Francisco Hilan dos Santos Morais*

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 009031 Atendimento 0020 Nome do Paciente EDIMILSON MATIAS CHAVES

CNS 705002640272956

Guia de Autorização

Documentos: Identidade: 2004019143668

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento: 22/11/1975

Local NOVO ORIENTE/CE

Idade 43 Ano(s)

Pai GILDO ARAUJO CHAVES

Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES

Endereço: RUA ONELIA TELES 373

Bairro VENANCIO

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE

Telefone 88992135818

Profissão: AGRICULTOR

Empresa

Cônjuge

Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

CPF do Responsável

Endereço: RUA ONELIA TELES 373

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/09/2019 Hora 15:36 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional de Atendimento BRUNA SANTOS XIMENES

CRM/UF 18516/CE

Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO

Indicador de Acidente

Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

as hs

Tipo de Saída

( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 107 R (rpm) PA (mmHg) 140 X 60 Oximetria (%) 95 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 01/09/2019 15:35

Responsável pela Classificação: FRANCISCA LAIANE BA

Relatório:

Paciente refere algia em MID intensa apos trauma

F3F Venancios

Nega alergia medicamentosa

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

01/09/2019 15:49:11h Responsável: BRUNA SANTOS XIMENES CRM-CE 18516

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, VINDO A COLIDIR O MSD, COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ÁLGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD

ALÉRGICO À BENZETACIL

CD.

- DAPIRONA 2 18 AD, EV
- CETOPROFENO 100 MG + SF0.9% 100 ML, EV
- DEXAMETASONA 4MG/ML, 2.5 ML + 17.5 ML AD, EV
- SOLICITO RAO X DO MSD

1º Faturado da UCUA

1100

- Realizar mobilização passiva do MSD
- Continuar a HSA de tração de tração
- e o ortopedista
- Liberar o paciente

BRUNA SANTOS XIMENES  
MÉDICA  
CREMEC: 18.516

BRUNA SANTOS XIMENES CRM. 18516

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

fls. 16

v201900

DADOS DO PACIENTE

|                                               |                         |                                   |                             |                                       |                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Nome<br><b>EDIMILSON MATIAS CHAVES</b>        |                         | País Nacionalidade<br>Brasil      |                             | Prontuário/Atendimento<br>009021/0033 |                  |
| Nascimento<br>22/11/1975                      | Local<br>NOVO ORIENTE   | Estado Civil<br>Outro             | Religião<br>NÃO DETERMINADA | Idade<br>43 Ano(s)                    |                  |
| Sexo<br>Masculino                             | Raça/Cor<br>Parda       | Etnia                             | GNS<br>70.5002.640.2729-56  |                                       |                  |
| Documento(s)<br>Identidade: 2004019143668     |                         | Nº<br>373                         | Bairro<br>VENANCIO          | Município<br>CRATEUS-CE               | CEP<br>63700-000 |
| Endereço<br>RUA ONELIA TELES                  | Profissão<br>AGRICULTOR | Empresa                           | Fone Empresa                |                                       |                  |
| Fone<br>(88) 9243-7537                        | CPF do Responsável      |                                   | Fone Responsável            |                                       |                  |
| Responsável<br>EDIMILSON MATIAS CHAVES        |                         | Cônjuge<br>JOANA LUCIO DOS SANTOS |                             |                                       |                  |
| Endereço Responsável<br>LOPES VIEIRA, SN CASA |                         | Pai<br>GILDO ARAUJO CHAVES        |                             |                                       |                  |
| Mãe<br>FRANCISCA MATIAS CHAVES                |                         |                                   |                             |                                       |                  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                                                         |                                                                            |                        |                   |                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|--|
| Data/Hora<br>02/09/2019 15:09                                           | Quarto/Leito<br>057-0003                                                   | Aposento<br>ENFERMARIA | Clinica<br>MEDICA | Setor<br>INTERNACAO - PS |  |
| Convênio<br>SUS                                                         | Matrícula                                                                  | Autorização            | Dias<br>0         | Gula                     |  |
| Médico<br>JAMIL SANCHES JORQUEIRA                                       | CID Complementar<br>S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] |                        | CRM<br>6945       |                          |  |
| CID Principal<br>S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] |                                                                            |                        |                   |                          |  |
| Observação                                                              |                                                                            |                        |                   | Sisprenatal              |  |
| Usuário<br>FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA                          | Procedimento SUS                                                           |                        | Usuário Saída     |                          |  |
| Data Saída                                                              | Hora                                                                       | Condição da Saída      |                   |                          |  |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 2 de setembro de 2019.

Assinatura do paciente  
Responsável pela Impressão: FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA

*Joana Lucia dos Santos*  
Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/12/2019 às 12:09, sob o número 00109764720198060070. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0010976-47.2019.8.06.0070 e código 5ABD14F.



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 17

Impressão: 02/09/2019 14:14

Página 1  
v2014.012

## Guia de atendimento - CONSULTORIOS

### DADOS DO PACIENTE

|                                           |                                   |                                             |                        |                         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Prontuário<br>009021                      | Atendimento<br>0032               | Nome do Paciente<br>EDIMILSON MATIAS CHAVES | CNS<br>705002640272956 | Gula de Autorização     |
| Documento(s)<br>Identidade: 2004019143668 |                                   |                                             | Estado Civil<br>Outro  | Sexo<br>Masculino       |
| Data de Nascimento<br>22/11/1975          | Local<br>NOVO ORIENTE/CE          |                                             |                        | Idade<br>43 Ano(s)      |
| Pai<br>GILDO ARAUJO CHAVES                | Mãe<br>FRANCISCA MATIAS CHAVES    |                                             |                        |                         |
| Endereço<br>RUA ONELIA TELES, 373         | Bairro<br>VENANCIO                | CEP<br>63700-000                            | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE                |
| Profissão<br>AGRICULTOR                   | Conjuge<br>JOANA LUCIO DOS SANTOS |                                             |                        | Telefone<br>88 92437537 |
| Responsável<br>EDIMILSON MATIAS CHAVES    | CPF do Responsável                | Endereço<br>RUA ONELIA TELES, 373           | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE                |

### DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                        |               |                 |                                           |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>02/09/2019                         | Hora<br>08:39 | Convênio<br>SUS | Matrícula                                 | CID                                              |
| Profissional do Atendimento<br>JAMIL SANCHES JORQUEIRA |               |                 | CRM/UF<br>6945/CE                         | Tipo Atendimento<br>CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO |
| Indicador de Acidente                                  |               |                 | Funcionário<br>SEBASTIANA MARQUES BARBOSA |                                                  |

|            |                                         |
|------------|-----------------------------------------|
| Observação |                                         |
| Sala       | Data/Hora Liberação<br>02/09/2019 14:14 |
|            | Tipo de Saída<br>Permanência            |

|                     |             |              |               |               |                       |                      |                  |
|---------------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------|
| Sinais Vitais       |             |              |               |               |                       |                      |                  |
| Peso (kg)<br>76,000 | Altura (cm) | T (°C)<br>36 | P (bpm)<br>80 | R (rpm)<br>19 | PA (mmHg)<br>136 X 84 | Oximetria (%):<br>95 | Glicemia (mg/dL) |

### Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/09/2019 07:54

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

### Relatório:

Paciente vítima de acidente de moto apresetando trauma em antebraço direito, realizou raio x na upa. Refere alergia a penicilinas.

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

02/09/2019 14:14:27h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO D EM AP E P

FRATURA DA ULNA PROXIMAL

INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/12/2019 às 12:09, sob o número 001097647201919060070. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00109764-47.2019.8.06.0070 e código 5ABD14F.



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 18

v201901

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDIMILSON MATIAS CHAVES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.5002.640.2729-56

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/1975

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9021

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MATIAS CHAVES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

EDIMILSON MATIAS CHAVES

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA ONELIA TELES, 373, VENANCIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(86) 3243-7537

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRÇO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
RX DO ANTIBRÇO D EM AP E P

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RISCO D ECOMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.0 5524

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S520

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO

209573277350004

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/09/2019

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020631

CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Gilvan Martins  
Médico Auditor CRM/CE: 1078  
Departamento de Controle, Avaliação  
e Regulação

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 19  
Impressão: 04/09/2019 08:46

Página 1

Período: 04/09/2019 07:00:00 à 04/09/2019 18:59:24

### Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

EDIMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento

22/11/1975

Data Internação

02/09/2019

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Nome da Mãe

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Idade

43 Ano(s)

Aposentado

ENFERMARIA

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

MEDICA

Prontuário

009021/003

Quarto/Leito

007/0003

CRM

6945

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 04/09/2019 08:46:33

PACIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO CIRURGICO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TRAUMATOLOGICO.

*Antonia Emanuella Vieira Andrade*  
TÉCNICA EM ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA EMANUELLA VIEIRA ANDRADE - COREN-CE 001398019

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

Resumo/Sumário de alta

Impressão: 06/09/2019 09:23

Página 1

v2019002

Prontuário: 009021

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento: 22/11/1975

Idade: 43 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Diagnóstico Secundário: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Data da Alta: 06/09/2019

Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Data da Internação: 02/09/2019

Leito: 006 - 0002

CRM: 6945

Motivo da Internação:

FRATURA DA ULNA DISTAL

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSINTESE DA ULNA

Exames Realizados:

RX ANTEBRACO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

+ Joana Lucia dos Santos  
Assinatura Paciente/Responsável

Período: 06/09/2019 07:00:00 a 06/09/2019 18:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário  
009021/0033

Paciente: WILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento: 11/11/1975 Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Data de Internação: 09/2019 Aposento: ENFERMARIA

Fisioterapeuta Responsável: MIL SANCHES JORQUEIRA

Setor: CLINICA CIRURGICA

Especialidade: MEDICA

Quarto/Leito  
006/0002

CRM  
6945

Diagnóstico: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 08:01:16

REALIZADO ITEM 03 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 09:42:40

ALTA HOSPITALAR

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO. REALIZADAS ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCII PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A SEREM TOMADAS, DE ACORDO COM PANFLETO ENTREGUE AO PACIENTE/COMPANHANTE.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 10:01:31

REALIZADO ITEM 04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 04/09/2019 15:22

Página 1  
v2019002

Período: 04/09/2019 00:00:00 à 04/09/2019 23:59:59

Dados Clínicos - Médico

Prontuário  
009021/0033

Paciente  
EDMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

22/11/1975

43 Ano(s)

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Quarto/Leito

006/0002

Data Internação

Aposento

ENFERMARIA

CRM

6945

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

MEDICA

Convênio

SUS

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPEDICA: - 04/09/2019 19:17:06

PACIENTE NO CC

FEITO BLOQUEIO INTERSCALENO

FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA

COLOCADA CAMPOS CIRURGICOS

ABERTURA POR PLANOS

FEITO REDUÇÃO

FIXADO COM PLACA DCP 7 FUROS

FIXADO COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS

FEICAMENTO POR PLANOS

FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

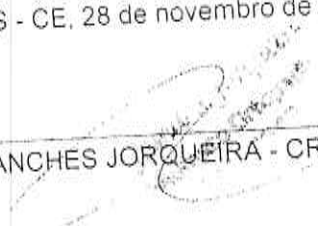
## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) EDIMILSON MATIAS CHAVES necessita afastar-se de suas atividades de 28/11/2019 (quinta-feira) até 28/02/2020 (sexta-feira), para tratamento médico.

Observações

PÓS OPERATORIA FRATURA DO RADIO DISTAL D

CRATEUS - CE, 28 de novembro de 2019 - 12:43

  
JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

Admissão: 04/03/15 Horas: 45 Cirurgia Proposta:   
 Observação: PAJ 20X 70 DX 89 mgcl T = 36

Medicação pré-anestésica: ( ) Não ( ) Sim Qual

Anestesista: D<sup>r</sup>º Johannes

(☒) Bloqueio Anestésico: ( ) Sedação

Cirurgião: Dr. J. P. Mil 1º Auxiliar.

Início da Cirurgia: 16:20 Término da Cirurgia 17:20

Posição do paciente: ☒ Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

( ) Outra: \_\_\_\_\_

**Soluções Antissépticas:**

☒ clorohexidina Degermante

( ) iodopolidona Degermante

( ) iodopolidona Tópico

( ) álcool iodado

( ) álcool 70%

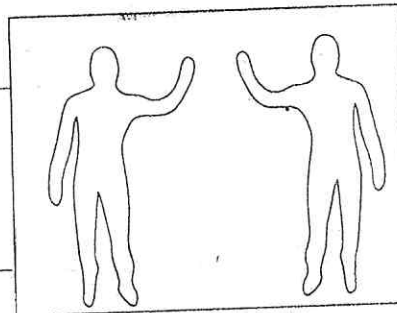
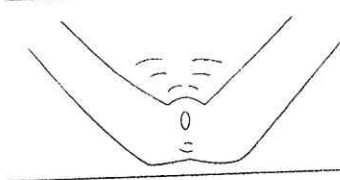
Localização de:

( o )Eletrodos

( -- ) Incisão Cirurgica

( = )placa de Bisturi

( # )Drenos



Parto Cesariana: RN1° \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Parto Cesariana: RN1 \_\_\_\_\_, RN2º \_\_\_\_\_

RN Encaminhamento às \_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue:

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) Outro:

Exames durante o transoperatorio: ( ) RX ( ) Laboratorial ( )

Exames durante o transoperatorio: ( ) RX ( ) Laboratorial ( )  
Cirurgia Realizada: Osteossintese de Distal de Ulna "D"

Encaminhamento às 17.36 Para: RPA

com: (X) Curativo-Tipo Compressivo

( ) Dreno \_\_\_\_\_

( ) Imobilizador\_\_\_\_\_

( ) Cateter venoso central

(✓) cateter venoso periférico

( )Tubo Endotraqueal

( ) Sonda Vesical

( ) Tampão

( ) Bolsa de Colostomia

( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Thainara Rodrigues Galvão

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES  
Data da Int: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975  
Convênio: SUS Prontuário: 009021  
Município: CRATEUS-CE  
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

DATA DO INTERNAMENTO:

DATA 04/09/19

1. ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
2. Cirurgia proposta: 12:00 Data 03/09/19
3. ☐ Avaliar jejum hora 18:00 Data 03/09/19
4. Exames recebidos: ☒ Laboratoriais ☐ ECG ☒ RX ☐ TC
- ☐ US ☐ RMN ☐ Ficha de internamento
5. ☒ Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)
6. Reserva de hemoderivados
- ☐ Sim ☒ Não se aplica
7. ☒ Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...
8. ☐ Realizado tricotomia
- ☐ Sim ☒ Não se aplica
9. ☒ Vestimento adequado (camisola)
10. Alergia ☐ Não ☒ Sim Qual? Benzetacel
11. ☒ Acesso venoso com boa infusão
12. Uso de Medicação Anticoagulante ☒ Não ☐ Sim data 1

Assinatura do responsável:

- 2.1 ☐ Origem do encaminhamento
- ☒ Clínica Cirúrgica ☐ Clínica Médica
- ☐ Clínica Pediátrica ☐ Maternidade
- ☐ Semi-intensiva ☐ urgência ☐ observações
- 2.2 ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
- 2.3 ☐ Tipo de procedimento:
- ☐ Agendamento ☒ Urgência/Emergência
- 2.4 ☒ Termos de Consentimento ( Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão
- 2.5 ☒ Local da Cirurgia? Uma Direta
- 2.6 Alergia ☒ Não ☐ Sim Qual?
- 2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
- ☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível
- 2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
- ☒ Não ☐ Sim, planejamento para fluidos
- 2.9 Reserva de Hemoderivados ☐ Sim ☒ Não se aplica
- 2.10 ☐ Demarcar lateralidade ☒ Não se aplica

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- 3.1 ☒ Apresentação dos membros da equipe verbalmente
- 3.2 ☒ Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
- 3.3 ☒ Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
- 3.4 ☒ Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)
- 3.5 A lateralidade está adequadamente marcada

se aplica (x) Não demarcada  
de pulso no paciente e funcionamento

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- 4.1 ☒ Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
- 4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
- ☒ Não ☐ Sim Qual?
- 4.3 Contagem manual:
- Compressas Entregue: 10 + + + conferida: 10
- Instrumentais Entregue: 31 + + + conferida: 31
- Lâmina Entregue: 01 + + + conferida: 01
- Agulha Entregue: 02 + 01 + conferida: 03
- 4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome

te?  
se aplica ☐ Sim  
e utilização de hemocomponentes no  
ratório?  
☐ Sim Qual?   
e algum problema com equipamento que deve  
vido?  
☐ Sim Qual?

INTEGRADOR

HOSPITAL SÃO CAMILO

Material: Cx Pequeno Fragmentos  
Processamento: Autoclave 01  
Lote: 05  
Data da Esterilização: 04/09/2019



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Crateús

1ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.br

## DESPACHO

Processo nº: **0010976-47.2019.8.06.0070**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Edimilson Matias Chaves**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro o pedido de gratuidade judiciária (CPC/2015, art. 98).

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, §4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

CITE-SE a parte requerida, por carta com aviso de recebimento, para tomar ciência da presente ação e apresentar contestação (CPC, arts. 336/343), no prazo de 15 dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231, de acordo com o modo como foi feita a citação (art. 335, III), sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC.

Determino, outrossim, a intimação para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Expediente necessários.

Crateús (CE), 17 de dezembro de 2019.

**Luiz Eduardo Viana Pequeno**

**Juiz de Direito**

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 Crateús

1ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.br

## CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0010976-47.2019.8.06.0070**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Edimilson Matias Chaves**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Luiz Eduardo Viana Pequeno**, Juiz(a) de Direito da 1ª Vara da Comarca de Crateús, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s).

Determino, outrossim, a intimação para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Crateús/CE, 18 de dezembro de 2019.

**Maria Hellen Roza Martins**  
**Supervisora de Unid Judiciária**

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 Crateús****1ª Vara da Comarca de Crateús**

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.br

**CERTIDÃO**

Processo nº: **0010976-47.2019.8.06.0070**  
Aposos: **Processos Aposos << Informação indisponível >>**  
Classe: **Procedimento Comum**  
Assunto: **Seguro**  
Requerente: **Edimilson Matias Chaves**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**CERTIFICA-SE** que em 08/01/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "CITE-SE a parte requerida, por carta com aviso de recebimento, para tomar ciência da presente ação e apresentar contestação (CPC, arts. 336/343), no prazo de 15 dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231, de acordo com o modo como foi feita a citação (art. 335, III), sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC. Determino, outrossim, a intimação para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial. Expediente necessários."

**Crateús/CE, 08 de janeiro de 2020.**