



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)**

**FRANCISCO ERNANDO MAIA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 2016311180-9, expedido por SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº. 260.938.038-05, residente e domiciliado no Povoado Rosário, Distrito de Monte Nebo, Zona Rural, município de Crateús/CE, CEP: 63.700-000, **sem endereço eletrônico**, vem à presença de V. Excelência, por sua advogada, com escritório profissional situado na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, Crateús/CE – CEP: 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396, **e-mail: [deranysantos@hotmail.com](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: 20.031-205), pois a mesma é a representante de TODAS seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015), bem como, é a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, com base na lei nº. 6194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009 e demais dispositivos legais que rege a espécie, pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:

### **DA JUSTIÇA GRATUITA**

**Preliminarmente**, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA por ser pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo dos próprios sustentos e de sua família, tudo com base no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal/88, bem como nos ditames estabelecidos pela Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, o que pode ser feito mediante simples afirmação na própria petição inicial (art. 4º, caput).



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

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

## **DOS FATOS E DO DIREITO**

No dia **07 de Agosto 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 22/11/2019** a título de indenização de seguro DPVAT (**processo administrativo que tramitou sob o nº. 3190/632214**), a quantia de **R\$ 1.687,50 (hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, quando deveria ter sido paga a quantia de acordo com o grau de invalidez na qual o(a) autor(a) é portador(a).

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

**O STJ publicou a súmula 474 em 13.06.2012, a qual determina que em caso de invalidez permanente parcial, a indenização do seguro DPVAT deve ser paga de forma proporcional ao grau de invalidez da vítima.**

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

| <b>DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                 | 100                            | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                          |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                           |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não                                                                                                                  |                                |                     |                      |                    |                   |                       |



**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)**

|                                                                                                                                                                    |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES</b>                                                            | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                          | 70                             | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                               |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                              | 50                             | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                             |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                   | 25                             | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                    |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                    |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS</b>                                                                 | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                               | 10                             | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                             |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |

Tendo o(a) requerente **recebido à quantia de R\$ 1.687,50 (hum mil 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.º 56/2001) o complemento de indenização paga a menor, ainda que o pagamento anterior tenha sido efetuada por seguradora diversa–Turma Recursal–TJPR”.**  
**No mesmo sentido o STJ: “SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Procedente. Recuso conhecido e provido. (REsp. 401.418/MG, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR< QUARTA TURMA< julgado em 23.04.2002.. DJ 10.06.2002. p. 220).”**

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, **tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.**

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:

**“Art. 22 - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e aos de sucumbência.”**

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexos com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional dos patronos desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 20 do CPC, assim verbis:

**Art.20 - A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e os honorários advocatícios (...)**



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

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

**§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 os pressupostos necessários, requerer a Vossa Excelência o que segue:

A) A citação da ré no endereço supramencionado para, querendo, responder à presente pretensão jurisdicional no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, constando do mandado as advertências do artigo 285 do CPC;

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

D) Que após ouvir as partes, sejam, os autos remetidos ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania a fim de participar de mutirão DPVAT;

E) Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz, pois, a PEFOCE não vem realizando perícias médicas desta natureza em virtude de recomendação do Ministério Público, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos do art. 421 § 1º, do CPC;

F) Que eventual perícia a ser realizada pela PEFOCE seja preferencialmente o de abrangência do município onde o(a) autor(a) reside;

G) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;

H) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, **respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC.**

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

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

Nestes Termos,  
Pede DEFERIMENTO.  
Crateús/CE, 04 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:**

OUTORGANTE:

|                                 |                                  |                                         |                   |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| Nome:<br>FRANCISCO ERNANDO MAIA |                                  | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO            |                   |
| Estado Civil:<br>SOLTEIRO       | Profissão:<br>AGRICULTOR         | Carteira de Identidade:<br>2016311180-9 |                   |
| CPF n°:<br>260.938.038-05       | Residência:<br>PV ROSARIO Nº S/N |                                         |                   |
| Bairro:<br>ZONA RURAL           | Cidade:<br>CRATEÚS               | Estado/UF:<br>CE                        | CEP:<br>63700-000 |

**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 medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 25 de novembro de 2019.

Francisco Ernando Maia  
 (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: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)*

## DECLARAÇÃO

|                                       |                              |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Declarante:<br>FRANCISCO ERNANDO MAIA |                              | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO |
| Residência:<br>PV ROSARIO Nº S/N      |                              | Profissão:<br>AGRICULTOR     |
| CPF nº:<br>260.938.038-05             | RG nº:<br>2016311180-9       | Estado Civil:<br>SOLTEIRO    |
| Bairro:<br>ZONA RURAL                 | Cidade:<br>CRATEÚS           | Estado/UF:<br>CE             |
| CEP:<br>63700-000                     | Telefone:<br>(88) 99984-3748 |                              |

**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, 25 de NOVEMBRO de 2019.

x Francisco Ernando Maia

Declarante



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

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

### DECLARAÇÃO

|                                       |                             |                              |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Declarante:<br>FRANCISCO ERNANDO MAIA |                             | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO |
| Residência:<br>PV ROSARIO Nº S/N      |                             | Profissão:<br>AGRICULTOR     |
| CPF nº:<br>260.938.038-05             | RG nº:<br>2016311180-9      | Estado Civil:<br>SOLTEIRO    |
| Bairro:<br>ZONA RURAL                 | Cidade:<br>CRATEÚS          | Estado/UF:<br>CE             |
| CEP:<br>63700-000                     | Telefone:<br>(88)99984-3748 |                              |

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

CRATEÚS - CE de 25 de NOVEMBRO de 2019.

x Francisco Ernando Maia  
(declarante)

**B** 96

**enel**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **578684092**  
**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

113  
709

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 32 38003 02 208001 - 9 Medidor 2406869 Poste 0000  
 Nome RITA FERREIRA DE SOUSA  
 Endereço Postal PV ROSARIO 00000 - MONTE NEBO - GRATEUS CEP 63700-000

End. da Unidade Consumidora PV ROSARIO 00000 - CRATEUS  
 RG / CPF / CNPJ 012054413-01 CGF  
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

**JUN/2019**  
 Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**6790286**

**VENCIMENTO**  
**25/08/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**62,52**

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 8752 Leitura Anterior 8656 Constante 1 Consumo (kWh) 96 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fat. 96

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

17/06/19 Quantidade 31 Tarifa Valor (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 26,46  
 JUROS DO MES Ref. 02/2019 0,21  
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 6,40  
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,88  
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 33,93  
 INDENTIZACAO MENSAL DMIC -5,36

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 16/07/2019 Prev. Próxima Leitura 19/07/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

1034.AC93.CA83.E436.595A.C307.A5D0.9550  
**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia ..... 14,18  
 Transmissão ..... 1,12  
 Distribuição ..... 8,33  
 Encargos Setoriais ..... 1,89  
 Tributos [ICMS PIS/COFINS] ..... 1,82  
 Total ..... 27,34

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CRATEUS  
 Mês ABR/2019 - EUSD 10,90  
 DICRI = 0,00 P

| Mês      | Padrão Individual |       | Apuração Individual |       |
|----------|-------------------|-------|---------------------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual               | Trim. |
| DIC (h)  | 10,73             | 0,00  | 0,00                | 29,72 |
| FIC (uh) | 7,52              | 0,00  | 0,00                | 1,00  |
| DMIC (h) | 5,78              | 0,00  | 0,00                | 29,72 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Consumo médio dos 12 últimos meses  
 Consumo mensal

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

\*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.\*  
 Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 41  
 Consta desta fatura R\$ 1,82 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9 Res. 100/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 6790286 Nº da Nota Fiscal: 578684092 Total a Pagar (R\$): 62,52  
 Data de Emissão: 19/06/2019 Referência: JUN/2019 Nº de Controle: 0006790286 00049 40502 87

83650000000-2 62520031000-5 00067902860-5 00494050287-7

000225-4-039720-08

genor-381111-TST.unl.PS - FOL - 225



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE  
Impresso nº 2019574051



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 583 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/08/2019 09:59:40**  
Data / Hora da Ocorrência: **07/08/2019 08:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO CAJAZEIRAS**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

### Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ERNANDO MAIA**  
Nascimento: **27/04/1976** CPF: **260.938.038-05**  
RG: **20163111809** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA MAIA DA SILVA**  
**JOSE ROSA DA SILVA**  
Endereço: **VILA ROSARIO ZONA RURAL**  
Bairro:  
Município: **CRATEUS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9928-8913**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI0769** Uf: **CE** Município: **INDEPENDENCIA** Chassi:  
**9C2KC08105R814060** Renavam: **841463387** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**AZUL** Proprietário: **ANTONIO RODRIGUES BOMFIM** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

### Histórico

O declarante disse que no dia, hora e local supracitado estava conduzindo a motocicleta de seu pai, quando perdeu o controle da moto e caiu ao chão; Que teve fratura no braço esquerdo, vindo a ser feito uma cirurgia na cidade de Crateús-CE; Que ficou internado cinco dias no hospital São Lucas; Que ate o momento esta impossibilitado de realizar trabalhos; E nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Heverton Cesar Soares Landim  
HEVERTON CESAR SOARES LANDIM - MAT.: 30123662

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Ernando Maia

VISTO DO DELEGADO(A):

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos  
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

**SINISTRO 3190632214 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** FRANCISCO ERNANDO MAIA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO ERNANDO MAIA**CPF/CNPJ:** 26093803805**Posição em 25-11-2019 13:52:55**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 22/11/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042438 Atendimento 0038 Nome do Paciente FRANCISCO ERNANDO MAIA

Documento(s) CPF: 260.938.038-05

Data de Nascimento 27/04/1976

Pai JOSE ROSA DA SILVA

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Profissão AGRICULTOR

Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA

Local CRATEUS/CE

Empresa

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Mãe MARIA MAIA DA SILVA

Bairro ZONA RURAL

CÉP 63700-000

Município CRATEUS

Cônjuge

Guia de Autorização

CNS 898003318729363

Estado Civil Outro

Sexo Masculino

Idade 43 Ano(s)

UF CE

Telefone 88 36921205

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/08/2019 Hora 10:07 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Funcionário

MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Sala

Data/Hora Liberação 07/08/2019 10:45

Tipo de Saída Alta clínica

Sinais Vitais

| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mmHg) | PA (mmHg) | Oximetria (%) | Glicemia (mg/dL) |
|-----------|-------------|--------|---------|----------|-----------|---------------|------------------|
|           |             | 36     | 111     | 20       | 168 X 95  | 98            |                  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/08/2019 10:03

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

paciente apresenta trauma em MSE  
relata acidente de moto há 02h, nega alergia medicamentosa, has e dm

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

07/08/2019 10:45:24h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO E EM AP EP

FRATURA DA ULNA DISTAL

TALA BRAQUIAL

Luís Glauber Costa Rodrigues  
TEC. DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA  
ASTECOR

Dr. Jamil Sanches Jorqueira  
Traumatologista  
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: RITA FERREIRA DE SOUSA



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

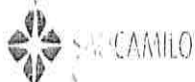
|                                       |                         |                              |                            |                                       |                  |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Nome<br><b>FRANCISCO ERNANDO MAIA</b> |                         |                              |                            | Prontuário/Atendimento<br>042438/0041 |                  |
| Nascimento<br>27/04/1976              | Local<br>CRATEUS        | País Nacionalidade<br>Brasil |                            | Idade<br>43 Ano(s)                    |                  |
| Sexo<br>Masculino                     | Raça/Cor<br>Parda       | Etnia                        | Estado Civil<br>Outro      | Religião<br>NÃO DETERMINADA           |                  |
| Documento(s)<br>CPF 250.938.038-05    |                         |                              | CNS<br>70.6804.731.1378-25 |                                       |                  |
| Endereço<br>CAMPO ROSARIO             |                         | Nº<br>SN                     | Bairro<br>ZONA RURAL       | Município<br>CRATEUS-CE               | CEP<br>63700-000 |
| Fone<br>(88) 9984-3748                | Profissão<br>AGRICULTOR | Empresa                      |                            | Fone Empresa                          |                  |
| Responsável<br>RITA FERREIRA DE SOUSA |                         |                              | CPF do Responsável         |                                       | Fone Responsável |
| Endereço Responsável                  |                         |                              | Cônjuge                    |                                       |                  |
| Mãe<br>MARIA MAIA DA SILVA            |                         |                              | Pai<br>JOSE ROSA DA SILVA  |                                       |                  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                                                         |                          |                        |                                                                            |                            |               |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| Data/Hora<br>12/08/2019 10:58                                           | Quarto/Leito<br>006-0001 | Aposento<br>ENFERMARIA | Clinica<br>CIRURGICA                                                       | Setor<br>CLINICA CIRURGICA |               |
| Convênio<br>SUS                                                         | Matrícula                |                        | Autorização                                                                | Dias<br>0                  | Gula          |
| Médico<br>JAMIL SANCHES JORQUEIRA                                       |                          |                        | CRM<br>6945                                                                |                            |               |
| CID Principal<br>S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] |                          |                        | CID Complementar<br>S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] |                            |               |
| Observação<br>12880038384                                               |                          |                        |                                                                            |                            |               |
| Usuário<br>NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA                               |                          | Procedimento SUS       |                                                                            |                            |               |
| Data Saída                                                              | Hora                     | Condição da Saída      |                                                                            |                            | Usuário 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.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Pron. usuário 042438 Atendimento 0040 Nome do Paciente FRANCISCO ERNANDO MAIA

Documento(s) CPF 260 938 038-05

Data de Nascimento 27/04/1976

Local CRATEUS/CE

Pai JOSE ROSA DA SILVA

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Profissão AGRICULTOR

Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA

Mãe MARIA MAIA DA SILVA

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

Cônjuge

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

CNS 706804731137825

Guia de Autorização

Estado Civil Outro

Sexo Masculino

Idade 43 Ano(s)

UF CE

Telefone 88 99843748

Município CRATEUS

UF C

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2019 Hora 08:03 Convênio SUS

Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação 12/08/2019 08:28

Tipo de Saída Permanência

Sinais Vitais

| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (rpm) | PA (mmHg) | Oximetria (%) | Glicemia (mg/dL) |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|---------------|------------------|
|           |             | 36,1   | 72      | 19      | 120 X 85  | 99            |                  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/08/2019 07:56

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE PARA RETORNO, TRAUMA EM PUNHO E, REFERINDO ALERGIA A A CELECOXIBE.

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

12/08/2019 08:28:34h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

FRAURA DISTAL DA ULNA

INTERNAMENTO

*Jamil S. Jorqueira*  
Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: RITA FERREIRA DE SOUSA

SUS

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

fls. 18

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO ERNANDO MAIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42438

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6804.731.1378-25

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/04/1976

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MAIA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9984-3748

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

RITA FERREIRA DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO ROSARIO SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RISCO DE COMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

S52.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S52.0

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES TORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2019

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

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

Dr. JAMIL SANCHES TORQUEIRA

Médico Especialista ORTOPEDIA

Período: 16/08/2019 07:00:00 a 16/08/2019 18:59

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data de Nascimento

27/04/1976

Idade

43 Ano(s)

Nome da Mãe

MARIA MAIA DA SILVA

Data de Internação

12/08/2019

Apresento

ENFERMARIA

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

CIRURGICA

Prontuário

04243800

Quarto/Leito

006/0001

CRM

6945

Diagnóstico

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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/08/2019 10:47:14

PACIENTE ENCAMINHADO AO CC, PARA REALIZAÇÃO DE PRCPEDIMENTO EM PUNHO ESQUERDO, LEVA DO EM CADEIRA DE RODAS.

*Ivoneide Vieira Fernandes*  
TÉC. EM ENFERMAGEM  
COREN/CE 061.022.584

RESPONSÁVEL: IVONEIDE VIEIRA FERNANDES - COREN-CE 1092584



Dados Clínicos - Médico

|                          |            |                                                                                                               |  |                   |  |               |  |
|--------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|---------------|--|
| Paciente                 |            | Francisco Ernando Maia                                                                                        |  | Prontuário        |  | 042438/001    |  |
| Data de Nascimento       | Idade      | Nome da Mãe                                                                                                   |  | Quarto/Leito      |  | CRM           |  |
| 27/04/1976               | 43 Ano(s)  | MARIA MAIA DA SILVA                                                                                           |  | 006/0001          |  | 6945          |  |
| Data Internação          | Aposento   |                                                                                                               |  |                   |  |               |  |
| 12/08/2019               | ENFERMARIA |                                                                                                               |  |                   |  |               |  |
| Profissional Responsável |            | JAMIL SANCHES JORQUEIRA                                                                                       |  | Setor             |  | Especialidade |  |
| Convênio                 |            | SUS                                                                                                           |  | CLINICA CIRURGICA |  | CIRURGICA     |  |
| Diagnóstico              |            | S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] |  |                   |  |               |  |

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPÉDICA: - 16/08/2019 12:33:04

PACIENTE NO CC  
FEITO BLOQUEIO INTERESCALENO  
FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA  
COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS  
ABERTURA POSTEROLATERAL  
FEITO REDUÇÃO  
FIXADO COM FIOS 2.0  
FECHAMENTO POR PLANOS  
FEITO CURATIVO  
TALA LUVA

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

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

Impressão: 17/08/2019 12:00:11

Página: 1

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data de Nascimento: 27/04/1976

Idade: 43 Ano(s)

Sector: 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 de Alta: 17/08/2019

Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora da Alta: 12:51

Prontuário: 04248

Data da Internação: 12/03/2019

Leito: 006 - 001

CRM: 6945

### Motivo da Internação:

FRATURA DISTAL DA ULNA

### Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

### Exames Realizados:

HEMOGRAMA COMPLETO RX ANTEBRACOTEMPO DE COAGULACAOTEMPO DE PT-C ROMBINA

### Plano Pós-Alta:

Tempo de Alta:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera

CRM 6945

Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

x Francisco Ernando  
Assinatura Paciente/Responsável

## CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA  
 Data da Int: 12/08/2019 Dt de Nasc: 27/04/1976  
 Convênio: SUS Prontuário: 042438  
 Município: CRATEUS-CE  
 Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

fls. 22

DATA DO INTERNAMENTO:

DATA 36/08/19

| 1. ADMISSÃO<br>(Equipe de enfermagem)                                                                     | 2. ANTES DA INDUÇÃO/ANESTESIA<br>(Item 2, 3 e 4 serão preenchido pelo cirurgião)          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 ( ) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira                                                 | 2.1 ( ) Origem do encaminhamento                                                          |
| 1.2 Cirurgia proposta: <u>Osteotomia de antebraço</u>                                                     | ( ) Clínica Cirúrgica ( ) Clínica Médica                                                  |
| 1.3 ( ) Avaliar jejum horas <u>21:30</u> Data <u>15/08/19</u>                                             | ( ) Clínica Pediátrica ( ) Maternidade                                                    |
| 1.4 Exames recebidos: ( ) Laboratoriais ( ) ECG ( ) RX ( ) TC<br>( ) US ( ) RMN (X) Ficha de internamento | ( ) Semi-intensiva ( ) Urgência ( ) observações                                           |
| 1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)                        | 2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira                                 |
| 1.6 Reserva de hemoderivados                                                                              | 2.3 ( ) Tipo de procedimento:                                                             |
| ( ) Sim (X) Não se aplica                                                                                 | ( ) Agendamento (X) Urgência/Emergência                                                   |
| 1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...                                             | 2.4 (X) Termos de Consentimento ( Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão        |
| 1.8 ( ) Realizado tricotomia                                                                              | 2.5 ( ) local da Cirurgia? <u>MSE</u>                                                     |
| ( ) Sim (X) Não se aplica                                                                                 | 2.6 Alergia ( ) Não (X) Sim Qual? <u>não sabendo informar</u>                             |
| 1.9 ( ) Vestimento adequado (camisola)                                                                    | 2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?                                |
| 1.10 Alergia ( ) Não (X) Sim Qual? <u>NÃO SABE</u>                                                        | (X) Não ( ) Sim e há equipamento disponível                                               |
| 1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão                                                                    | 2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?                                                     |
| 1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não ( ) Sim data <u>15/08/19</u>                                 | (X) Não ( ) Sim, planejamento para fluidos                                                |
| Assinatura do responsável: <u>Fra Simony de Araújo Lima Freire</u><br>TÉCNICO DE ENFERMAGEM<br>380491 TE  | 2.9 Reserva de Hemoderivados ( ) Sim (X) Não se aplica                                    |
|                                                                                                           | 2.10 ( ) Demarcar lateralidade ( ) Não se aplica                                          |
|                                                                                                           | <u>(X) NÃO</u>                                                                            |
| 3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA                                                                            | 4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA                                                         |
| 3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente                                                    | 4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado |
| 3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado    | 4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?                                          |
| 3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)            | (X) Não ( ) Sim Qual? _____                                                               |
| 3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)                                       | 4.3 Contagem manual:                                                                      |
| 3.5 A lateralidade está adequadamente marcada                                                             | Compressas Entregue: <u>10</u> + + + + conferida: <u>10</u>                               |
| ( ) Sim ( ) Não se aplica (X) NÃO                                                                         | Instrumentais Entregue: <u>34</u> + + + + conferida: <u>34</u>                            |
| 3.6 (X) Oxímetro de pulso no paciente e funcionamento                                                     | Lâmina Entregue: <u>01</u> + + + + conferida: <u>01</u>                                   |
| 3.7 (X) Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização    | Agulha Entregue: <u>02</u> + + + + conferida: <u>02</u>                                   |
| 3.8 (X) O Integrador Químico indica esterilização do instrumental cirúrgico                               | 4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?                     |
| 3.9 (X) Exames estão disponíveis?                                                                         | (X) Não se aplica ( ) Sim                                                                 |
| (X) Sim ( ) Não se aplica                                                                                 | 4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?                               |
| 3.10 O antibiótico foi administrado?                                                                      | (X) Não ( ) Sim Qual? _____                                                               |
| (X) Sim ( ) Não se aplica                                                                                 | 4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?                          |
|                                                                                                           | (X) Não ( ) Sim Qual? _____                                                               |

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÂOCAMILO

ANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM CENTRO  
CIRÚRGICO

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA  
Data da Int: 12/08/2019 Dt de Nasc: 27/04/1976  
Convênio: SUS Prontuário: 842438  
Município: CRATEUS-CE  
Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

fls. 23

Admissão: 26/08/19 Horas: 10:45 Cirurgia Proposta: Osteossíntese de antebraço 'E'  
Observação: PA 320x90mmHg T: 36.4°C P: 78bpm DX: 77mg/dl

Medicação pré-anestésica: Não ( ) Sim Qual

Anestesista: Dr. Amilton Tipo de Anestesia: ( ) Raquidiana ( ) Geral ( ) Local

Bloqueio Anestésico: ( ) Sedação Início da anestesia 11:40

Cirurgião: Dr. Samuel 1º Auxiliar: Instrumentador(a) D. Jone / Gustandy

Início da Cirurgia: 11:45 Término da Cirurgia 12:20

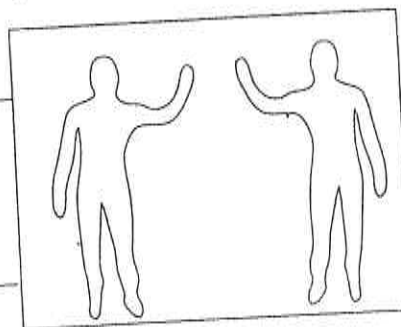
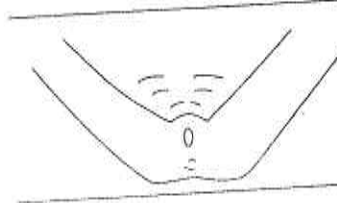
Posição do paciente: (X) Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral  
( ) Outra:

Soluções Antissépticas:

- (X) Clorohexidina Degermante  
( ) Iodopolidona Degermante  
( ) Iodopolidona Tópico  
( ) Álcool iodado  
( ) Álcool 70%

Localização de:

- ( o ) Eletrodos  
( -- ) Incisão Cirúrgica  
( = ) placa de Bisturi  
( # ) Drenos



Parto Cesariana: RN1º Hora: Apgar: Sexo: Peso:  
Apresentação Fetal RN2º

RN Encaminhamento às Para

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue:

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) Outro:

Exames durante o transoperatório: ( ) RX ( ) Laboratório ( )

Cirurgia Realizada: redução + fixação c/ fio em ulna (X)

Encaminhamento às 12:40 Para: RDA

- com: (X) Curativo-Tipo oclusivo  
( ) Dreno  
( ) Imobilizador  
( ) Cateter de Oxigênio O2  
( ) Cateter venoso central  
( ) Cateter venoso periférico

- ( ) Tubo Endotraqueal  
( ) Sonda Vesical  
( ) Tampão  
( ) Bolsa de Colostomia  
( ) Outros  
( ) Outros

Observação:



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Crateús

2ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3692-3653, Crateús-CE - E-mail: crateus.2@tjce.jus.br

## DESPACHO

Processo nº: **0010857-86.2019.8.06.0070**  
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Francisco Ernando Maia**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro a gratuidade judiciária, por estarem preenchidos os requisitos do art. 98 do Código de Processo Civil.

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 para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a presente ação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora na inicial, nos termos do art. 344 do CPC.

Determino, outrossim, a intimação da requerida para que, no mesmo lapso temporal, junte aos autos cópia do procedimento administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Expedientes necessários.

Crateús, 04 de dezembro de 2019.

**Marcos Aurelio Marques Nogueira**

**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

2ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3692-3653, Crateús-CE - E-mail: crateus.2@tjce.jus.br

## DESPACHO

Processo nº: **0010857-86.2019.8.06.0070**  
 Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Francisco Ernando Maia**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Inclua-se em mutirão DPVAT.

Expedientes necessários.

Crateús, 16 de dezembro de 2019.

**Rafaela Benevides Caracas Pequeno**  
**Juíza 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

CEJUSC - Crateús

Rua João Gomes de Freitas, S/N, Fátima II - CEP 63100-000, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: tjce@tjce.jus.br

## ATO ORDINATÓRIO

Processo nº: **0010857-86.2019.8.06.0070**  
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Francisco Ernando Maia**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Em cumprimento à Portaria nº. 03/2019 do CEJUSC da Comarca de Crateús/CE, disponibilizado no Dje de 12.12.2019, que regulamenta a realização 5ºMUTIRÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA E CONCILIAÇÃO DE AÇÕES RELATIVAS AO SEGURO DPVAT DA COMARCA DE CRATEÚS/CE, a perícia, seguida de audiência de conciliação, foram designadas para o dia 10.03.2020 às 08:00hrs. Encaminho os presentes autos à Secretaria da Vara da Comarca de Crateús-CE para a confecção dos expedientes necessários.

Crateús/CE, 21 de janeiro de 2020.

**Juliana Mendes Coimbra**  
**Analista Judiciário**

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

2ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3692-3653, Crateús-CE - E-mail: crateus.2@tjce.jus.br

## ATO ORDINATÓRIO

Processo nº: **0010857-86.2019.8.06.0070**  
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Francisco Ernando Maia**  
 Requerido: **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 perícia, seguida de **Audiência de Conciliação**, na data de **10/03/2020 às 08:00h** na sala da **Sala de Audiência – CEJUSC**, no Centro Judiciário CEJUSC, no Fórum da Comarca de Crateús.

Crateús/CE, 04 de fevereiro de 2020.

**Jacqueline Luciano Cavalcante**  
**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

2ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3692-3653, Crateús-CE - E-mail: crateus.2@tjce.jus.brCrateús

## CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: **0010857-86.2019.8.06.0070**  
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Francisco Ernando Maia**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Sérgio da Nobrega Farias**, Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Crateús, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o teor da petição inicial e documentos (fls. 1/23), bem como a **INTIMAÇÃO** de V.Sa para comparecer à PERÍCIA, seguida de AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO, ambas no dia 10/03/2020, às 08:00h, a serem feitas na Sala de Audiências do Fórum da Comarca de Crateús/CE, endereço acima indicado, tendo em vista a realização do 5º MUTIRÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA E CONCILIAÇÃO DE AÇÕES RELATIVAS AO SEGURO DPVAT DA COMARCA DE CRATEÚS/CE, bem como da nomeação do Dr. Francisco José Frota Prado Filho (CREMEC n.º 13.246), como perito a atuar no referido mutirão. Ressalva-se, conforme art.5º, § 2º da Portaria n.º 03/2019-CEJUSC/Crateús, que *"ambas as partes deverão ser informadas acerca da faculdade de apresentar os quesitos complementares e de indicar assistentes técnicos até o momento do exame pericial, caso não lhes tenha sido oportunizada a realização de tais providências."*

Crateús/CE, 04 de fevereiro de 2020.

**Jacqueline Luciano Cavalcante**  
**Supervisora de Unid Judiciária**

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

Sr(a).  
 Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
 Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro  
 Rio De Janeiro-RJ  
 CEP 20031-205

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

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

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

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

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

Abriu 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 0031/2020, encaminhada para publicação.

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Advogado                                        | Forma |
| Antonia Derany Mourão dos Santos (OAB 34613/CE) | D.J   |

Teor do ato: "TRANSCRIÇÃO DO DISPOSITIVO DO ATO ORDINATÓRIO : " Em cumprimento à Portaria nº. 03/2019 do CEJUSC da Comarca de Crateús/CE, disponibilizado no Dje de 12.12.2019, que regulamenta a realização 5ºMUTIRÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA E CONCILIAÇÃO DE AÇÕES RELATIVAS AO SEGURO DPVAT DA COMARCA DE CRATEÚS/CE, a perícia, seguida de audiência de conciliação, foram designadas para o dia 10.03.2020 às 08:00hrs. Encaminho os presentes autos à Secretaria da Vara da Comarca de Crateús-CE para a confecção dos expedientes necessários. Crateús/CE, 21 de janeiro de 2020. Juliana Mendes Coimbra Analista Judiciário Assinado Por Certificação Digital. ""

Do que dou fé.  
Crateús, 5 de fevereiro de 2020.

Diretor(a) de Secretaria

## CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico e dou fé que o ato abaixo, constante da relação nº 0031/2020, foi disponibilizado na página 702 do Diário da Justiça Eletrônico em 06/02/2020. 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  
Antonia Derany Mourão dos Santos (OAB 34613/CE)

Teor do ato: "TRANSCRIÇÃO DO DISPOSITIVO DO ATO ORDINATÓRIO : " Em cumprimento à Portaria nº. 03/2019 do CEJUSC da Comarca de Crateús/CE, disponibilizado no Dje de 12.12.2019, que regulamenta a realização 5º MUTIRÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA E CONCILIAÇÃO DE AÇÕES RELATIVAS AO SEGURO DPVAT DA COMARCA DE CRATEÚS/CE, a perícia, seguida de audiência de conciliação, foram designadas para o dia 10.03.2020 às 08:00hrs. Encaminho os presentes autos à Secretaria da Vara da Comarca de Crateús-CE para a confecção dos expedientes necessários. Crateús/CE, 21 de janeiro de 2020. Juliana Mendes Coimbra Analista Judiciário Assinado Por Certificação Digital. ""

Do que dou fé.  
Crateús, 7 de fevereiro de 2020.

Diretor(a) de Secretaria

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 2ª VARA  
DA COMARCA DE CRATEÚS/CEARÁ**

**Ref. Processo nº. 0010857-86.2019.8.06.0070**

**O(a) autor(a)**, já devidamente qualificado(a) nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de sua procuradora, nos termos do Art. 465, § 1º, II do CPC, indicar o médico **Dr. Clayton Freire Melo Filho**, inscrito no CREMEC sob o nº. 19.150, como seu ASSISTENTE TÉCNICO.

Nestes Termos,  
Pede e espera deferimento.

*Crateús/CE., data da assinatura eletrônica.*

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS  
ADVOGADA OAB/CE 34.613