

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

### ***OUTORGANTE:***

|  |   |   |                          |
|--|---|---|--------------------------|
| Nome:<br><i>Zildemar Barbosa do Nascimento</i> |   | Nacionalidade:<br><i>Brasileiro</i>             |                          |
| Estado Civil:<br><i>Solteiro</i>               | Profissão:<br><i>Agricultor</i>         | Carteira de Identidade:<br><i>2006005030587</i> |                          |
| CPF nº:<br><i>032.994.443-60</i>               | Residência:<br><i>Pv. Basílio, S/Nº</i> |   |                          |
| Bairro:<br><i>Distrito Sede</i>                | Cidade:<br><i>Palmácia</i>              | Estado:<br><i>CE</i>                            | CEP:<br><i>62780-000</i> |

### ***OUTORGADO:***

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**  
e-mail: [KAIRO\\_AKRS@YAHOO.COM.BR](mailto:KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR)

### ***PODERES:***

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

*Fonteixa* (CE), 01 de Junho de 2018

*Zildemar Barbosa do Nascimento*  
Outorgante

## DECLARAÇÃO

Eu, Zildman Barbosa do Nascimento, brasileiro(a), sócio, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2006005030587, e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.994.443-60, residente e domiciliado na cidade de Palmácia, estado do Ceará, na Rua Rv. Basílio, nº 511, 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.

Fortaleza (CE), 01 de Junho de 2.018.

x Zildman Barbosa do Nascimento



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 459 - 487 / 2017

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **17/05/2017 09:48:00**  
 Data / Hora da Ocorrência: **24/02/2017 06:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO DE QUEIROZ**  
 Complemento:  
 Bairro: **CENTRO** Município: **PALMACIA/CE**  
 Ponto de Referência: **PISTA DE SKATE**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**  
 Nascimento: **02/08/1995** CPF: **032.994.443-60**  
 RG: **2006005030587** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DO NASCIMENTO**  
**ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO**  
 Endereço: **SITIO BASÍLIO, 0**  
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
 Município: **PALMACIA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98537-8619**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVK2657** Uf: **CE** Município: **PALMACIA** Chassi:  
**9C2JC250VVR227517** Renavam: **684136147** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:  
**1997** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**  
 Proprietário: **ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA QUESTIONADOS, TRAFEGAVA NA MOTO DE PLACA HVK2657/PALMÁCIA/CE, A QUAL É DE PROPRIEDADE DO SEU PAI ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO, PELO CENTRO DA CIDADE DE PALMÁCIA, DIRIGINDO-SE A UM POSTO DE COMBUSTÍVEL PARA ABASTECER E IR PARA O TRABALHO, QUANDO VISUALIZOU UM CARRO PARADO, E VINHA UMA HILUX, DE PLACA RDB1457, QUE TRANCOU A SUA MÃO QUANDO ATRAVESSOU O VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO, E, NA TENTATIVA DE EVITAR UMA COLISÃO FRONTAL, FEZ UMA MANOBRA, MAS AINDA CHOCOU-SE NO FAROL ESQUERDO DA HILUX, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, ACIDENTANDO-SE, VINDO A PERDER OS SENTIDOS; QUE, AOS POCOS O NOTICIANTE FOI RECOBRANDO OS SENTIDOS, TENDO SIDO SOCORRIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PALMÁCIA, E DE LÁ FOI ENCAMINHAO PARA O IJF ONDE FOI DIAGNOSTICADO LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO E FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO, TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO PERMANECIDO CERCA DE TRINTA E QUATRO DIAS INTERNADO ATÉ RECEBER ALTA HOSPITALAR; QUE, ATUALMENTE AINDA ESTÁ FAZENDO USO DE MOLETAS PARA LOCOMOÇÃO; QUE, ESCLARECE, QUE NÃO POSSUI CNH; QUE, FAZ ANEXAR AO PRESENTE ALÉM DAS DOCUMENTAÇÕES HOSPITALARES, AS CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: DE RG, DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO(CONTA ENEL), DE

DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

*Zildemar Barbosa do Nascimento*

Pág. 1 de 2

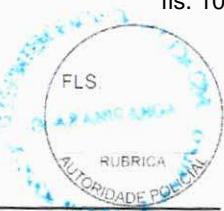
Impresso em: 17/05/2017 10:09:58



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

fls. 10



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 459 - 487 / 2017

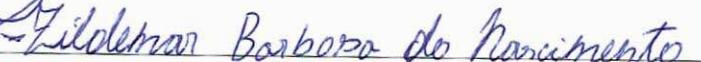
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO E CÓPIA DE CRLV DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO. QUE, REGISTRA A PRESENTE OCORRÊNCIA APENAS PARA INGRESSAR COM PEDIDO DE SEGURO DPVAT, UMA VEZ QUE FOI ORIENTADO QUE TERIA DIREITO POR TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. E, NADA MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

 ESTEFÂNIA DOS SANTOS COSTA - MAT.: 133983-1-3

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

 Zilolemar Barbosa do Nascimento

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

 ANTONIO MOISÉS FERNANDES DA COSTA - MAT.: 30080416

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

Eu, Zildemar Barbosa do Nascimento,  
 Portador da carteira de identidade nº 2006005030587, e inscrito no CPF/MF sob o nº.  
032.994.443-60, Reside e domicilia na Rua: R. Basílio  
 Numero: S/N, Bairro: Distrito Sede, Cidade: Palmacia, Estado: CE,  
 sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

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

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

LOCAL Fortaleza DATA 22 / 05 / 17

Zildemar Barbosa do Nascimento

Assinatura do declarante conforme documento de identificação.



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ PRONT. FAMILIAR \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE EXAMES JÁ REALIZADOS: \_\_\_\_\_

CONDUTA JÁ REALIZADA: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL:  HOSPITALAR:  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

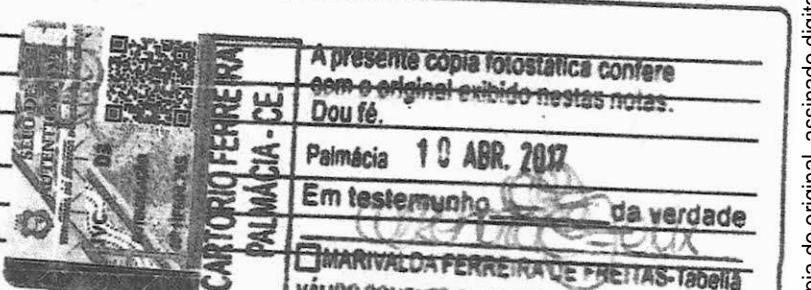
UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO OU REGISTRO \_\_\_\_\_ DATA DA ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_



RESULTADO DE EXAMES: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

ASS. DO CONSULTANTE Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_



Instituto Dr. José Frota

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|  |                            |        |  |
|--|----------------------------|--------|--|
| Nome: <i>Zildemar BARBOSA Da Nossa Mente</i>                                   | Unid. Internação/ENF/LEITO | Idade: | Nº AIH/RAE:  |
| Paciente Externo?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                            |        | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |

## JUSTIFICATIVA

| EXAMES RADIOLÓGICOS                            |                                      |  |   |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crânio                | <input type="checkbox"/> Face        | <input type="checkbox"/> Coluna Cervical _AP/P | <input type="checkbox"/> Clavícula _AP      |
| <input type="checkbox"/> Tórax _AP/P           | <input type="checkbox"/> Ombro _AP/P | <input type="checkbox"/> Braço _AP/P           | <input type="checkbox"/> Coluna Dorsal AP/P |
| <input type="checkbox"/> Punho _AP/P           | <input type="checkbox"/> Mão _AP/OBL | <input checked="" type="checkbox"/> Bacia AP   | <input type="checkbox"/> Antebraço _AP/P    |
| <input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII | <input type="checkbox"/> Perna _AP/P | <input type="checkbox"/> Joelho _AP/P          | <input type="checkbox"/> Cotovelo _AP/P     |
| <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> Fêmur _AP/P        |
|  |                                      |  | <input type="checkbox"/> Pé _AP/OBL         |
|  |                                      |  | <input type="checkbox"/>                    |

## EXAMES LABORATORIAIS

|                                    |                                   |                                    |  |   |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Uréia     | <input type="checkbox"/> Creatinina    | <input type="checkbox"/> Potássio         |
| <input type="checkbox"/> Cloro     | <input type="checkbox"/> Sódio    | <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Cálcio        | <input type="checkbox"/> TAP              |
| <input type="checkbox"/> PTTA      | <input type="checkbox"/> Lipase   | <input type="checkbox"/> Amilase   | <input type="checkbox"/> Colinesterase | <input type="checkbox"/> Sumário de Urina |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                  |

## ULTRA-SONOGRAFIA

|                               |                                       |                                |                              |                              |                          |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fast | <input type="checkbox"/> Abdome Total | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> |
|                               |                                       |                                | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MIE | <input type="checkbox"/> |

## OUTROS EXAMES

*160517*

|                     |          |                 |
|---------------------|----------|-----------------|
| <i>[Assinatura]</i> | Data / / | Hora: h minutos |
|---------------------|----------|-----------------|

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

*Scam  
Mirela*

Emitido em: 16/05/2017 6:45:48

Por: MARILENE RODRIGUES DE ANDRADE

## Registro de Atendimento Emergencial

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA/HORA: 16/05/2017 06:44:48

|  |                                      |  |                            |                    |                   |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|--------------------|-------------------|
| S: 701802292555579                                 | NOME: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO | RG: 20060050305                          | D. NASC: 02/08/1995        | ESTADO CIVIL:      | Registro: 5496098 |
| F: 03299444360                                     |                                      |  |                            | SEXO: M            | RAÇA/COR: Amarela |
| NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA BARBOSA DO NASCIMENTO |                                      | NOME DO PAI: ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO |                            |                    |                   |
| PO DE LOGRADOURO:                                  |                                      | ENDEREÇO DO PACIENTE: BASILIO            | Nº: S/N                    | BAIRRO: ZONA RURAL |                   |
| COMPLEMENTO:                                       |                                      | TELEFONE CONTATO: 33152425               | MUNICÍPIO: PALMACIA        | UF: CE             | CEP: 62780000     |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                       |                                      |  |                            |                    |                   |
| NOME: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO               |                                      | PARENTESCO:                              | TELEFONE: 33152425         |                    |                   |
| ACIDENTE DE TRABALHO                               |                                      |  |                            |                    |                   |
| IPO DE VÍNCULO:                                    | CBO DO EMPREGADO:                    | CNPJ DO EMPREGADOR:                      | CÓDIGO DO CNAER:           |                    |                   |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO               |                                      |  |                            |                    |                   |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO:                             |                                      |  |                            |                    |                   |
| QUEIXAS:   |                                      |  |                            |                    |                   |
| OBSERVAÇÕES:                                       |                                      |  |                            |                    |                   |
| SINAIS VITais                                      |                                      |  |                            |                    |                   |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA:                               |                                      | Escala de Dor:                           | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: |                    |                   |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL. |                                      |  |                            |                    |                   |

## ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduita:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Nome:

INSTITUTO DR. JOSE FRUÍA

IJF

## POS-OPERATORIO DE ACETABULO

SUA CIRURGIA FOI DE GRANDE PORTE E PRECISA MUITO DA SUA ATENÇÃO PARA OBEDECER A TODAS AS ORIENTAÇÕES ABAIXO PARA DIMINUIRMOS A POSSIBILIDADE DE COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS.

1. NÃO PISAR COM CARGA SOBRE A PERNAS OPERADA ATÉ COMPLETAR 10 SEMANAS DE PÓS OPERATÓRIO. O QUE VOCÊ PODE FAZER CASO TENHA UM ÓTIMO EQUILÍBRIO E POSSA FAZER FORÇA COM OS BRAÇOS É ANDAR COM 2 MULETAS CANADENSES OU 1 ANDADOR E APENAS TOCAR O PE NO CHAO DO LADO OPERADO, FAZENDO FORÇA APENAS COM OS BRAÇOS E A PERNAS NAO OPERADA PARA ANDAR;
2. MOVIMENTE JOELHOS 10 X A CADA HORA QUE ESTIVER ACORDADO EXTENDENDO O JOELHO COMPLETAMENTE CONTRAINDO OS MÚSCULOS DA FRENTE DA COXA;
3. DOBRE OS JOELHOS SEM LIMITAÇÕES;
4. PODE SENTAR;
5. DEPOIS DE RETIRAR OS PONTOS, PODE INICIAR HIDROTERAPIA PARA GANHO E ARCO DE MOVIMENTO E EVITAR ADERENCIAS.
6. MOVIMENTE POR 20 X A CADA HORA QUE ESTIVER ACORDADO OS TORNOZELOS (FLEXAO PLANTAR E DORSAL);
7. EXERCITE RESPIRAÇÕES PROFUNDAS PARA MELHORAR SEU PULMAO.
8. TROCAR CURATIVO UMA VEZ AO DIA, PASSANDO POVIDINE (PVPI IODINE) NA BORDA DA FERIDA CIRÚRGICA E COBRINDO COM GAZES ESTÉREIS;
9. USE COMBIRON 1 COMPRIMIDO 2 X AO DIA POR 60 DIAS PARA MELHORAR DA ANEMIA;
10. USE CLEXANE 40 MG, 1 X AO DIA, SUBCUTANEO, ATÉ COMPLETAR 35 DIAS DE APOS A CIRURGIA (CASO POSSA ADQUIRIR). SE NÃO FOR POSSIVEL A AQUISIÇÃO DESSE MEDICAMENTO, USE ASPIRINA PREVENT 300 mg 1 COMPRIMIDO, 2 X AO DIA;
11. SE PELA FERIDA CIRÚRGICA COMEÇAR A SAIR SECREÇÃO AMARELADA, COMPAREÇA AO HOSPITAL E PROCURE UM RESIDENTE DE ORTOPEDIA E SOLICITE UMA AVALIAÇÃO NO AMBULATORIO, PEDINDO PARA COMUNICAR AO SEU CIRURGIÃO.

Dr. Felipe Mendes  
Médico  
CRM/CE 16.020



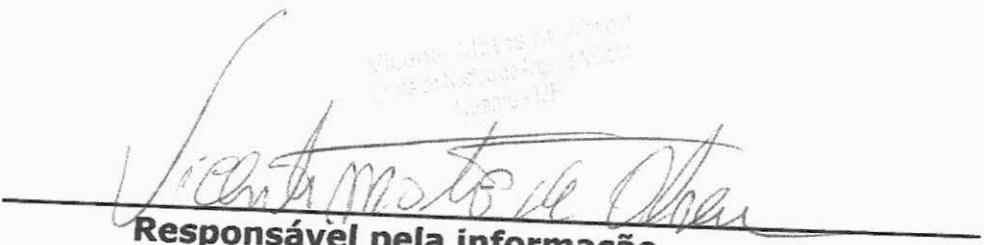
Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO, documento de identidade Nº 2006005030587, Prontuário Médico Nº 5496098 encontra-se internado neste Hospital desde 24/02/2017 / leito 1303 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 29 de MARÇO de 2017

  
**Vilma Mota de Oliveira**

Responsável pela informação.

### INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.  
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000/3255



FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

NOME: *Zé da Silva Muniz* PRONT. FAMILIAR: \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA NASCIMENTO: *21/11/1960*

ENDEREÇO: *Rua 100* BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: *doença de fundo de olho*

RESULTADOS DE EXAMES JÁ REALIZADOS: *EDX*

CONDUTA JÁ REALIZADA: *fundopexia e fundotomia*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *clubínia tipo 300*

| ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO Nº REGISTRO | FUNÇÃO | DATA | HORA |
|--|--------|------|------|
|--|--------|------|------|

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL:  HOSPITALAR:  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: *Exame* PROFISSIONAL: *Dr. André Lely*

UNIDADE DE REFERÊNCIA: *UFRN* DATA: *10/04/18* HORA: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO OU REGISTRO: \_\_\_\_\_ DATA DA ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas.  
Dou fé.

RESULTADO DE EXAMES: \_\_\_\_\_

Palmácia 10 ABR. 2017  
Em testemunha \_\_\_\_\_ da verdade  
 MARIVALDA FERREIRA QUE FREITAS - Tabelião  
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

Renata de Carvalho Felix  
Escrevente Substituta

| ASS. DO CONSULTANTE Nº REGISTRO | FUNÇÃO | DATA |
|---------------------------------|--------|------|
|---------------------------------|--------|------|

FUNÇÃO

DATA



Por gentileza, alimente o sistema com dados completos e fotos pre e pos op. - paciente em PESQUISA CLINICA !"

Atestado - Servico de Traumatologia-Ortopedia

**Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.**

|                                   |  |                   |            |
|-----------------------------------|--|-------------------|------------|
| NOME:                             | ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO   |                   |            |
| LEITO:                            |  |                   |            |
| DATA DE INTERNACAO:               | 24 02 2017   | DATA DA ALTA:     | 30/03/2017 |
| BE/PRONT:                         | 5496098  | CIDADE DE ORIGEM: | FORTALEZA  |
| IDADE:                            | 21   |                   |            |
| DIAGNOSTICOS:                     | LUXACAO DE QUADRIL ESQ (TRATADO DEFINITIVO COM REDUCAO INCRUENTA) + FRATURA DE ACETABULO ESQ (OPERADA)   |                   |            |
| CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: | 1.RETORNO AO AMBULATORIO DR DANIEL MINÁ EM 15 DIAS 2.NAO PISAR ATÉ RETORNO AMBULATORIAL 3.ANALGESIA 4.USAR XARELTO 10 MG 1CP ,VO ,IX DIA POR 30 DIAS 5.SEGUIR ORIENTAÇOES EM ANEXO |                   |            |
| STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:   |  |                   |            |
| STAFF DO LEITO:                   | DANIEL MINÁ  |                   |            |
| RESIDENTE DO LEITO:               | FELIPE RODRIGUES   |                   |            |

CD.. 532.4

|  |  |
|--|--|
| Ass:<br>Dr. Felipe Mendes<br>Médico<br>CREMEC 16.020 | Retornar dia: <u>30/03/2017</u> Hora: <u>07:00</u> para<br>Dr. <u>Ambulatorio 07-03-2017</u> |
| Data: <u>30/03/2017</u>                              | Dispensa do trabalho por: <u>(120 dias) MINA</u><br><u>(com aviso 05 dias)</u>               |
| Imprimir   |  |



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, protocolado em 01/06/2018 às 16:51 , sob o nº 37780603. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tce.ias.br/pastadigital/pq/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136848-222/2018-8,06.0001 e código 37780603.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IRACEMA

DATA: 09/06/2017 HORA: 09:22:20  
TERMINAL: 00311144 CONTROLE: 003111440023

CONTA CREDITADA: 0751.013.00038188-3  
NOME: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3115121883  
NÚMERO DE CONTROLE: 160047930

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

**ID**

fis  
Seguradora Líder • DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO

**VÍTIMA** Zildemar Barbosa do Nascimento

**DATA DO ACIDENTE** 24/02/17 **CPF DA VÍTIMA** 032.994.443-60

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO** O mesmo

**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR**  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

**ENDERECO DO PORTADOR** Rv. Basílio

**Nº** SIN **COMPLEMENTO** \_\_\_\_\_ **BAIRRO** Distrito Sede  
**CIDADE** Palmacia **UF** CE **CEP** 62780-000

**E-MAIL** \_\_\_\_\_ **TELEFONE** (\_\_\_\_)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**VALORES DE INDENIZAÇÃO** • Morte = R\$ 13.500,00  
• Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.  
• Despesas Médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**  
**DATA** 22/05/17

**IDENTIDADE**

**DATA** \_\_\_\_\_  
**NOME** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA** Fábio Bento

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**  
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

**Por gentileza, alimente o sistema com dados completos e fotos pre e pos op. - paciente em PESQUISA CLINICA !"**

Laudo Médico/Resumo de Alta - Servico de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 31514

LEITO:

NOME: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

DATA DE INTERNACAO: 24/ 02/ 2017

DATA DA ALTA: 30/03/2017

BE/PRONT: 5496098

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 02081995

IDADE: 21

LUXACAO DE QUADRIL ESQ (TRATADO DEFINITIVO COM  
DIAGNOSTICOS: REDUCAO INCRUENTA) + FRATURA DE ACETABULO ESQ  
(OPERADA)

1.RETORNO AO AMBULATORIO DR DANIEL MINÁ EM 15 DIAS  
CONDUTAS E CUIDADOS 2.NAO PISAR ATÉ RETORNO AMBULATORIAL 3.ANALGESIA 4.USAR  
POS-OPERATORIOS: XARELTO 10 MG ICP ,VO ,IX DIA POR 30 DIAS 5.SEGUIR  
ORIENTAÇOES EM ANEXO

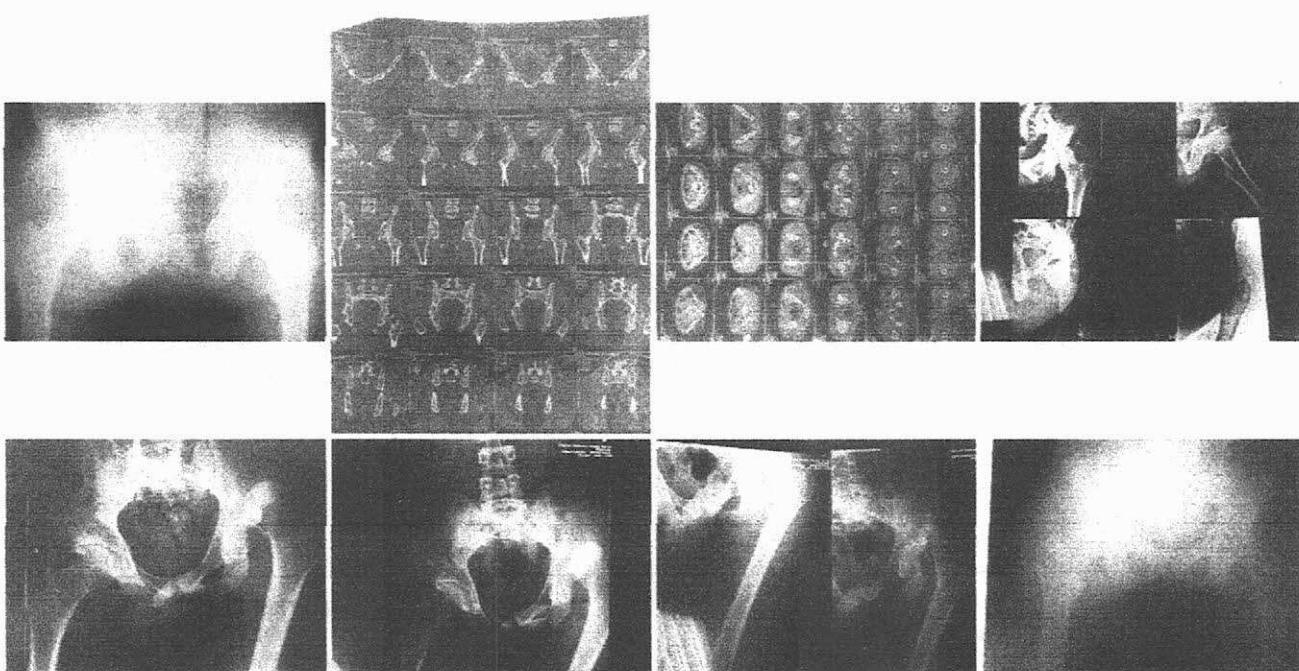
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: DANIEL MINÁ

RESIDENTE DO LEITO: FELIPE RODRIGUES



Mapa de Cirurgias

| Dias Int. | # | Hora | Leito | Cirurgião | Residente | Material | Observação | Status da marcação |
|-----------|---|------|-------|-----------|-----------|----------|------------|--------------------|
|-----------|---|------|-------|-----------|-----------|----------|------------|--------------------|

**MAPA DO DIA 21/03/2017 - Terça-Feira**

|    |    |             |      |             |                         |                          |          |
|----|----|-------------|------|-------------|-------------------------|--------------------------|----------|
| 34 | 21 | A<br>SEGUIR | 1303 | DANIEL MINÁ | RESIDENTE<br>INDEFINIDO | + CX BASICA TO PARA MMII | SUSPENSA |
|----|----|-------------|------|-------------|-------------------------|--------------------------|----------|

RETIRADA DE FRAGMENTO INTRA-ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO BE.5496098

Marcado por:  
REJELOS CHARLES em:  
23-03-2017 22.15.18

## MAPA DO DIA 28/03/2017 - Terça-Feira

34 9 A SEGUIR 1303 DANIEL MINÁ REJELOS CHARLES CX BASICA TO PARA MMII

MARCADA

Marcado por:  
HALINE MAGALHAE em  
27-03-2017 20:52:34

RETIRADA DE FRAGMENTO INTRA-ARTICULAR DE QUARIL ESQUERDO BE 5496098

|  |               |                 |     |
|--|---------------|-----------------|-----|
| CREMEC                                 | Retornar dia: | 8/04/15         | 00m |
| Ass.: 00000000000000000000000000000000 | Hora:         | 10:00           | Am  |
| Data : 30/03/2017                      | para Dr.      | Dr. Daniel Miná |     |
| Imprimir                               | CRM:          | CRM: 16.020     |     |

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12578687

A/C: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

|                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| Nº Sinistro:      | 3180068602                          |
| Vitima:           | ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO      |
| Data do Acidente: | 24/02/2017                          |
| Cobertura:        | INVALIDEZ                           |
| Procurador:       | MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO |

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000038188-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|   |     |          |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348,  
Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

## DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo nº: **0136848-22.2018.8.06.0001**  
 Classe – Assunto: **Procedimento Comum - Acidente de Trânsito**  
 Requerente: **Zildemar Barbosa do Nascimento**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**Vistos em inspeção, conforme Portaria nº 01/2018.**

Gratuidade deferida.

Desde o advento no novo CPC, "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação.

Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual:

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

Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providêncie que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original).

Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que:

(...)

II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original).

Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348,  
Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

autora, pessoalmente, via carta com AR mão própria, mandado ou carta precatória, conforme o caso (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp 1.364.911-GO, Rel. Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas na Sala de Perícias do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania.

Indique, assim, a Secretaria nome de perito para realizar a mesma, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. o pagamento dos honorários de referido expert.

Intimar as partes, ainda:

a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos;

b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão.

Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados.

Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum.

Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas.

Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja aqui realizada.

Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado.

INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova,



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14<sup>a</sup> Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348,  
Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista.

Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo.

**Condiciono, entretanto, a efetividade da presente Decisão, assim como a própria sobrevivência do feito, à emenda da petição inicial, no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá juntar aos autos cópia legível dos documentos de fls. 12 e 17, sob pena de indeferimento da inicial.**

Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ.

Fortaleza/CE, 05 de junho de 2018.

**Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima**

**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.



ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End.

**Profissional:** Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE  
Cep. 60.025-060 - Tel.: (Fax): (85) 3035-6947 – E-mail: Kairo\_akrs@yahoo.com.br

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

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

**PROCESSO Nº 0136848-22.2018.8.06.0001**

**ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**, já qualificado nos autos em epígrafe, por intermédio de seu advogado, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, em **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** que move em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, também qualificada nos autos em epígrafe, apresentar **EMENDA À INICIAL**, nos termos do Art. 321 do CPC, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:

### **DOS FATOS**

Em atenção ao despacho proferido por este juízo, a parte autora apresenta **EMENDA À INICIAL** para cumprir a exigência deste MM. Juízo, qual seja, carrear aos autos do processo a cópia legível constado nas fls. 12 e 17.

### **DOS DOCUMENTOS**

Para tanto, é de fundamental importância esclarecer que os documentos acostados nas fls. 12 e 17 se tratam da mesma coisa, sendo que por equívoco, foi protocolado duas vezes.

Nesse sentido, Meritíssima Juíza, roga o autor para que seja desconsiderado o documento constado na fl. 17 e que seja juntado aos autos o documento legível exigido no despacho de fls. 27 à 29, para que assim, possa ser sanado o vício demonstrado por este juízo.

### **DO DIREITO**

Conforme o Art. 321 do CPC preceitua, quando o Juiz verificar que a petição inicial não preenche os requisitos necessários requisitados pelos arts. 319 e 320 do CPC, abrir-se-á prazo de 15 (quinze) dias para a emenda da inicial, para que assim possa ser sanado o vício e analisado o mérito da



**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

propositura da ação, sob pena de indeferimento da petição inicial.

Neste caso, assim discorre o texto legal:



ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

*End.*

*Profissional: Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE  
Cep. 60.025-060 - Tel.: (Fax): (85) 3035-6947 – E-mail: Kairo\_akrs@yahoo.com.br*

**Art. 321. O juiz, ao verificar que a petição inicial não preenche os requisitos dos arts. 319 e 320 ou que apresenta defeitos e irregularidades capazes de dificultar o julgamento de mérito, determinará que o autor, no prazo de 15 (quinze) dias, a emende ou a complete, indicando com precisão o que deve ser corrigido ou completado.**

**Parágrafo único. Se o autor não cumprir a diligência, o juiz indeferirá a petição inicial.**

## **DOS PEDIDOS**

Diante do exposto, requer à Vossa Excelência:

- A) A desconsideração do documento acostado na fl. 17, bem como a inserção do documento exigido no despacho de fls. 27 à 29, nos termos do art. 434 do CPC.
- B) Que a requerida seja **CITADA** para apresentar resposta no prazo legal, sob pena de revelia, conforme o art. 344 do CPC.

Nestes termos,  
PEDE DEFERIMENTO

Fortaleza/CE, 25 de Julho de 2018

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA  
ADVOGADO OAB/CE 24-805**



FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO:

MUNICÍPIO:

NOME: Zilma Braga Marinho

PRONT. FAMILIAR

SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO:

21/04/1964

OCUPAÇÃO

ENDEREÇO:

Belo M

BAIRRO:

FONE:

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Doença de Várias naturezas  
(ex: Diabetes + Arteria Aorta - Cardiologia)

RESULTADOS DE EXAMES JÁ REALIZADOS:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

Transferido para o Hospital

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Punk 1000 mg 300

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO

REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL:  HOSPITALAR:  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

C50C

PROFISSIONAL:

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

IUF - Centro

DATA:

HORA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO OU REGISTRO

DATA DA ALTA:

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO:



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas.  
Dou fé.

Palmácia 10 ABR. 2017

Em testemunha: Renata de Carvalho Felix da verdade

Marivalda Ferreira de Freitas - Técnica  
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Renata de Carvalho Felix  
Escrevente Substituta

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

ASS. DO CONSULTANTE Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA