

AO EXMO. JUÍZO DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM – CE.

CÉSAR DJAVAN BARBOSA GOMES, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 016.144.473-30, e portadora do RG nº. 2002021090014 SSPDS/CE, residente e domiciliado à Rua Francisco Holanda, nº 35, Vila Betânia, Quixeramobim/CE, CEP 63.800-000, vem à presença de V. Exa., por seus advogados, propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, com sede na Rua da Assembleia, 100 - 16º andar - Centro, RJ, CEP 20011-904, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, e o faz consubstanciado nas seguintes razões:

1. DOS FATOS.

No dia 23/12/2017, a parte autora sofreu um acidente de trânsito, sofrendo fratura de crânio, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

A demandada, todavia, recusou-se a pagar a indenização devida à requerente, mesmo diante de provas das lesões sofridas.

Constatada a debilidade permanente da parte autora em razão de acidente de trânsito, esta faz jus, conforme disposição legal, ao recebimento da quantia de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), corrigida desde a data do sinistro.

2. DO DIREITO.

2.1 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO.

A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009,

passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

A matéria foi sumulada pelo STJ (Súmula 474), devendo ser aplicada a todos os acidentes, indistintamente:

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

Portanto, tem a parte autora o direito ao recebimento da quantia de **ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, em razão da debilidade apresentada, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do acidente, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ.

2.2 LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 100% DE R\$ 13.500,00.

É inconteste que a parte demandante sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, sofrendo TCE leve moderado, contusão óbita direito e hematoma local, com perda de consciência, evoluindo para cefaleia frontal diária

Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de 100% sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) nos moldes da tabela legal:

LEI 11.945/2009

ANEXO

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras repercussões em Órgãos e Estruturas corporais Lesões de órgãos e estruturas <u>crânio-faciais</u> , cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.	<u>100</u>

Desse modo, a parte requerente faz jus ao recebimento de ATÉ R\$ 13.500,00, a título de seguro DPVAT, tendo em vista que não recebeu quantia alguma na via administrativa.

3. PEDIOS.

PELO EXPOSTO, requer a V. Exa.:

- a) citar a ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) a produção de **prova pericial**, a fim de constatar a debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, bem como a juntada de novos documentos e depoimento de testemunhas;
- c) condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ;
- d) 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, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**;
- e) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência (20%).

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Pede DEFERIMENTO.

Quixeramobim, CE, 26 de março de 2020.

Pedro Victor Pimentel Azevedo
OAB/CE nº 31.392.

Pedro Igor Pimentel Azevedo
OAB/CE nº 31.391.

Soléria Góes Alves Camelo
OAB/CE nº 29.892.

RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA:

- 1. Há Ferimento ou Ofensa Física ?**
- 2. Qual Meio Ocasionalou ?**
- 3. Resultou Debilidade Permanente de Membro, Sentido ou Função ?**
- 4. Resultou do acidente perda ou inutilização de membro, sentido ou função ?**
- 5. Qual a debilidade ou deformidade apresentada pelo autor, originada pelo acidente ?**
- 6. Se V. Sa. tivesse que graduar a lesão apresentada pelo autor, em qual destes graus o enquadraria: 25%, 50%, 75% ou 100% ?**

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Cesar Djauan Barbosa Gomes, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG de nº 2002021090014 SSPDC/CE, inscrito no CPF de nº 016. 344.473-30, residente e domiciliado à Rua Francisco Holanda, nº 35, Planoalto Betânia, Quixeramobim, Ceará, CEP: 63.800-000

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº. 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº. 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE, 22 de janeiro de 2020

Cesar Djauan Barbosa Gomes
OUTORGANTE

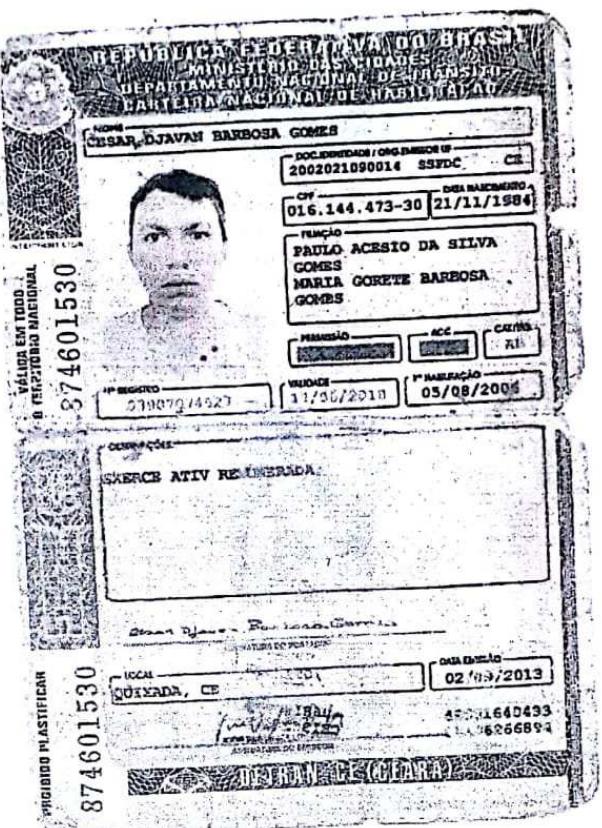
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Leonor Djavan Barbosa Gomes,
brasileiro (a), muito pedreiro,
CPF 016.144.973-30, RG 0002021090014,
residente na (Rua,Avenida,Estrada) Rua Francisco Holanda, nº 35,
Bairro Planalto Betânia Cidade Quixeramobim,
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE 22 de janeiro de 2020

Leonor Djavan Barbosa Gomes

DECLARANTE



INDO CLIENTE		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002																																			
10111956		Companhia Energética do Ceará Rue Padre Valdeivino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047261/0001-70 CGF 06.105.848-3																																			
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA/GRUPO B SÉRIE II/4 N° 570482909 Rota 11 28030 03 130000 - 8 Data de Emissão 16/04/2019 Nome CLIENTE PROCURE A ENEL End. Postal RU FRANCISCO HÓLANDA 00035 PLANALTO BETANIA - QUIXERAMOBIM - Medidor 1479330 Poste 0000 0000 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO CGF RG / CPF / CNPJ 000000000000048 Nome do Responsável																																					
JUDÍCIO DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO Veja a legenda no verso desta conta. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês de Referência</th> <th>Data da Apresentação</th> <th>Previsão Próxima Leitura</th> <th>Conjunto</th> <th>Mês</th> <th>Padrão Individual</th> <th>Apuração Individual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abr/2019</td> <td>16/04/2019</td> <td>16/05/2019</td> <td></td> <td>Fev/2019</td> <td>DICR 0,00 P</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Mensal</td> <td>Mensal</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Trim.</td> <td>Trim.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Anual</td> <td>Anual</td> </tr> </tbody> </table> ICMS Básico de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto 43,35 27,00% 13,68 ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL 4481.1500.9411.BCA0.65E1.9384.1782.A431			Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual	Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019		Fev/2019	DICR 0,00 P							Mensal	Mensal						Trim.	Trim.						Anual	Anual
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual																															
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019		Fev/2019	DICR 0,00 P																																
					Mensal	Mensal																															
					Trim.	Trim.																															
					Anual	Anual																															
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO Leit. Atual <input checked="" type="checkbox"/> Leit. Anterior <input type="checkbox"/> Const. <input type="checkbox"/> Consumo (kWh) <input type="checkbox"/> Cons. Incl. <input type="checkbox"/> Cons. Falt. <input type="checkbox"/> Tarifa (R\$/kWh) <input type="checkbox"/> Valor (R\$) FF 10472 10483 1,00 69 8,00 69 0,72397 49,95 16/04/19 18/03/19 29 DIAS 69 49,95 VALOR (R\$) DESCRICAÇÃO VALOR CONSUMO DO MES 49,95 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 7,50																																					
VENCIMENTO 24/04/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 57,45																																			
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses) <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Enersia</td> <td>19,53</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>1,58</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Distribuição</td> <td>10,29</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>2,34</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Tributos (ICMS FIS/COFINS)</td> <td>15,95</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>45,95</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			Enersia	19,53	67	Transmissão	1,58	69	Distribuição	10,29	66	Encargos Setoriais	2,34	0	Tributos (ICMS FIS/COFINS)	15,95	0	TOTAL	45,95	0																	
Enersia	19,53	67																																			
Transmissão	1,58	69																																			
Distribuição	10,29	66																																			
Encargos Setoriais	2,34	0																																			
Tributos (ICMS FIS/COFINS)	15,95	0																																			
TOTAL	45,95	0																																			
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica (%CO ₂) 26,94 0,00 0 0																																					
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE PAGAMENTO CONTAS EM ATRASO AVISO DE DEBITO VENCIDO: Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 54,23. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.																																					
DEBITOS ANTERIORES Ano/Ano: 2019 Valor: 54,23																																					
Consta desta fatura R\$ 2,47 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,63% e COFINS:1,10% Bemteira verde em abr-19, sem acréscimo no valor de energia a ser repassada para o consumidor, informações: www.energiao.gov.br																																					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 23 / 12 / 17

HORÁRIO: 03:20

ATENDIMENTO Nº: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA
DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

03.01.2020 0029

DADOS DO PACIENTES:

NOME: César Javarán

SEXO: M DATA NASCIMENTO: / / IDADE: ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

MÃE: SUS:

NATURALIDADE: Quixeramobim PROFISSÃO: Aposentado

SENDEREÇO: Fazenda Difícil Bairro: CEP: 63800-000

CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: X

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Sérgio Victor Inacio Barbosa
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</p> <p><input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração conscientia;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + clanose + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda conscientia ou dor tórax por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas+ falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmalos;</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> Historia recente de melena ou hematêmese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos;</p> <p><input type="checkbox"/> Bronco espasmo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes escoltados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abscessos;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p>Uso de benzilpenicilina;</p> <p>SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: _____ / _____ / _____

HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Pct Alcoolizado, vítima de moto de morte (SFC) apresentando escoriações diversas, náuseas e vomitos

PRESCRIÇÃO:

1) Uniben 100ml 5% (500) (500)
 2) Dexa 01 Fr. 5ml
 3) Cetp - 3 + Vit - C no sono
 4) Plazma 01 Fr. 01
 5) Multivit 01 Fr. 5ml

03:45

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente酒醉, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição. Aguarda reavaliação. Deve-se sob os cuidados de enfermagem

DR. MARCELO NOBRE
ENFERMEIRO
CRM 16149

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES		ID Paciente: 5545430
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



INSTITUTO
DE SAÚDE DO CEARÁ

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins,
que o Cesar Djavan Barbosa
Gomes, 33 anos, seguidor de TCE,
apresentando a falha de difícil
controle, mesmo em uso regular
de medicamentos (Topiramato 250/dia)

Ressalto que a segundada é grave
e o impede de exercer sua
atividade laboral (Agricultor)

CID 10: G44.3

DATA: 02/10/18

Dr. Thiago Carvalho Guimarães

MÉDICO

CREMEC 17341

MÉDICO | CREMEC



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia 23/12/2017, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o **Hospital Regional Dr. Pontes Neto**. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ
 Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
 Fone: (85) 3433 7434



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13725550

SINISTRO 3180567946 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

CPF/CNPJ: 01614447330

Posição em 22-05-2019 13:48:29

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Processo Negado com a realização de perícia médica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
 Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
 Complemento:
 Bairro: **QUIXERAMOBIM/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES** Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30** RG: **3180567946** Orgão Emissor: **UF:**
 Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
 Endereço: **VILA OITISICA, 15**
 Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
 Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP: **CEP:**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2JB0100HR226086** Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE & CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lesan Oliveira Barbosa Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050600-11.2020.8.06.0154**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Obrigação de Fazer / Não Fazer**
 Requerente: **César Djavan Barbosa Gomes**
 Requerido: **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S/A**

REGIME DE PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO

PANDEMIA DE COVID-19 (CORONAVÍRUS)

RESOLUÇÃO Nº 313/2020 DO CNJ

Inicialmente, defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita.

Por não vislumbrar qualquer vício da vestibular, recebo a inicial nos termos em que é proposta.

Diante da natureza da demanda posta em apreço, cite-se o promovido para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, responder aos termos da petição inicial proposta e acompanhar o feito até o final julgamento, sob pena de revelia.

Expedientes necessários.

Quixeramobim, 15 de maio de 2020.

Rogaciano Bezerra Leite Neto
Juiz de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.brQuixeramobim

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0050600-11.2020.8.06.0154**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Obrigação de Fazer / Não Fazer**
 Requerente: **César Djavan Barbosa Gomes**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Sr(a). Rep. Legal da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do Dr. Rogaciano Bezerra Leite Neto, Juiz de Direito da 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim/CE, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, responder aos termos da petição inicial proposta e acompanhar o feito até o final julgamento, sob pena de revelia.

Quixeramobim/CE, 18 de maio de 2020.

Atenciosamente,

Marisa Fragoso Sobreira
Supervisora de Unid Judiciária



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

2ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1216, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim2@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº:	0050600-11.2020.8.06.0154
Apensos:	Processos Apensos << Informação indisponível >>
Classe:	Procedimento Comum
Assunto:	Obrigação de Fazer / Não Fazer
Requerente	César Djavan Barbosa Gomes
Requerido	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

CERTIFICA-SE que em 01/06/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Inicialmente, defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita. Por não vislumbrar qualquer vício da vestibular, recebo a inicial nos termos em que é proposta. Diante da natureza da demanda posta em apreço, cite-se o promovido para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, responder aos termos da petição inicial proposta e acompanhar o feito até o final julgamento, sob pena de revelia. Expedientes necessários.".

Quixeramobim/CE, 01 de junho de 2020.