

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 órbita 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. PEDIDOS.

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 Ocasionou ?**
- 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 Djavan Barbosa Gomes, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG de nº 2002021090014 SSPDC/CE, inscrito no CPF de nº 016.144.473-30, residente e domiciliado à Rua Francisco Holanda, nº 35, Planalto 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 Djavan Barbosa Gomes
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Levar Duvan Barbosa Gomes,
brasileiro (a), solteiro, pedreiro,
CPF 016.144.973-30 RG 2002021090014,
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Rua Francisco Holanda, nº35
Bairro Planalto Betania 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

+ Levar Duvan Barbosa Gomes
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLASTIFICACÃO	
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	DOCUMENTAÇÃO / ORGÃO EMISOR 2002021090016 SSPDC CE
	CPF 016.144.473-30
	IDADE DATA NASCIMENTO 21/11/1984
FUNÇÃO PAULO ACESIO DA SILVA GOMES MARIA GORETE BARBOSA GOMES	
PASSADO 	ACE
CATIN 	CAIXA
IP REGISTRO 279879/14827 -	VIGÊNCIA 11/36/2010
P. EMISSÃO 03/08/2006	
COMPOSIÇÃO	
SABRE ATIV RE USADA:	
LOCAL BOIXADA, CE	DATA EMISSÃO 02/09/2013
NUMERO 4501640433	SERIAL 6266894
PLASTIFICADORA FABRIL DE PLASTIFICACAO	

END DO CLIENTE
10111956
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570482909
 Rota 11 28030 03 130000 - 8 Data de Emissão 16/04/2019
 Nome CLIENTE PROCURE A ENEL
 End. Postal RU FRANCISCO HOLANDA 00035
 PLANALTO BETANIA - QUIXERAMOBIM -
 Medidor 1479330 Poste 0003 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 0000000000048 CGF

Nome do Responsável

DATAS
 Mês de Referência: Abr/2019
 Data de Apresentação: 16/04/2019
 Previsão Próxima Leitura: 16/05/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto Mês: Fev/2019
 DICEI = 0,00 P

ICMS
 Base de Cálculo (R\$): 43,35
 Alíquota: 27,00%
 Valor do Imposto: 11,70

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 4401.1500.9411.BC00.65E1.9004.1762.A431

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
 Leit. Atual: 10472
 Leit. Anterior: 10403
 Const.: 1,00
 Consumo (kWh): 69
 Cons. Incl.: 0,00
 Cons. Fat.: 69
 Tarifa (R\$/kWh): 0,72337
 Valor (R\$): 49,95

16/04/19 10-03/19 29 Dias 69 49,95

DESCRIÇÃO
 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
 Energia 19,52
 Transmissão 1,95
 Distribuição 10,48
 Encargos Setoriais 2,61
 Tributos (ICMS PIS/COFINS) 15,95
 TOTAL 49,95

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
 67 69 69 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 26,94 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO 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.
 Débitos Anteriores: 54,23
 Valor em aberto: 54,23

Conta desta fatura R\$ 2,47 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,65% e COFINS: 4,10%
 Lei nº 10.637/02 e 10.639/03
 Benefício válido em abril/19. Sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.enel.gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013547718480
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LUCA 01 1105972221 RINTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME: ANTONIA VANIA IZALAS DE ALEQUERQUE
QUIXERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ: 51045494372 PLACA: POC2960

PLACA ANT/UF: 5C2JB0100HR226086 CHASSI: 1105972221

ESPECIE TIPO: CASOLINA COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO: HONDA/POE 110I ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2017

CATEGORIA: PARTIO CORP DE DOMINANTE: VERNELHA

CAP/POT/CIL: 2P/0CV/103CC

VENC. COTA UNICA: 1º 2º 3º

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 13/12/2017

LOCAL: QUIXERAMOBIM/CE

DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, APESAR DAS TRANSPORTAÇÕES NÃO SEJA SEGURO DPVAT

CE Nº 013547718480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
51045494372 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/12/2017

VIA: 01 RENAVAM: 51045494372 PLACA: POC2960

ANO FAB: 2015 CAT INF: 05 MARCA/MODELO: HONDA/POE 110I

Nº CHASSI: 1105972221 Nº CHASSI: 5C2JB0100HR226086

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRA (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SEGUIR DO SEGURO (R\$):

COTA UNICA: PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

LOTE/DESEMPENHO: 100109348-008/0001-04

MOTOR: JEO1E00H226086

JUN-2017



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 / 17HORÁRIO: 03:20ATENDIMENTO Nº: 53

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

03.01.2020

DADOS DO PACIENTES:

NOME: CECÍLIA OLIVEIRASEXO: MDATA NASCIMENTO: 1 / 1 /IDADE: ESTADO CIVIL: SOLTEIROMÃE: SUS: NATURALIDADE: QuixeramobimPROFISSÃO: Agente de SaúdeENDEREÇO: Rua OliveiraBAIRRO: CEP: 63800-000CIDADE: QuixeramobimESTADO: CETELEFONE: X

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto (T.S.C.), apresentando escoriações difusas, náuseas e vômitos.

PRESCRIÇÃO:

- 1) Paracetamol 1000mg EV (500) (500)
- 2) Dexametasona 0,5mg EV
- 3) ceftriaxona 1g + Vit. C no Soro
- 4) Plavix 75mg EV
- 5) Ibuprofeno 400mg EV

03:45

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição. Aguarda reavaliação de que se os cuidados de enfermagem.

ASSINATURA
ENFERMEIRA
Nº 057119

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO



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



**Prefeitura de
Fortaleza**

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:

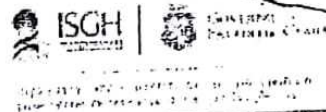
Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Atestado Médico

*Atesto, para os devidos fins,
que o Cesar Dzavan Barbosa
Gomes, 33 anos, sequelado de TCE,
apresentando cefaleia de difícil
controle, mesmo em uso regular
de medicação (Topiramato 250/cha)*

*Resalto que a seqüela é grave
e impede de exercer sua
atividade laboral (Agricultor)*

CID 10: G44.3

DATA: 02/10/18

Dr. Thiago Carvalho Cunha

MÉDICO

CREMEC 17341

MÉDICO CREMEC



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

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 Cristine Medeiros Silva Ana Cristine 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:
Município: **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** **3180567946**
RG : 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:
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 1 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 retornou ao Pontes Neto e lá ficou internado aguardando para ser transferido.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Polícia 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:

Ésner da Silva 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**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**
Requerente: **César Djavan Barbosa Gomes**
Requerido: **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt 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**
Apenso: **Processos Apenso << 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: **Obrigações 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.