

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01450663-7** em **17/09/2020 11:22:13**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0241084-54.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01450663-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 17/09/2020 11:22:13

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2750295_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2750295_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 1937 / 2019

Dados da Ocorrência

0107997120

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 09:57:23**
Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2018 01:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO ANÍZIO DE PAULA, 544**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **USINA DE LEITE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA**
Nascimento: **14/07/1960** CPF: **161.329.553-72**
RG: **125176478** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA GURGEL BRAGA**
PAULO FERREIRA BRAGA
Endereço: **RUA MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA, 39**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98692-3468**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ2380** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C2KD0550ER226913** Renavam: **1018988928** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

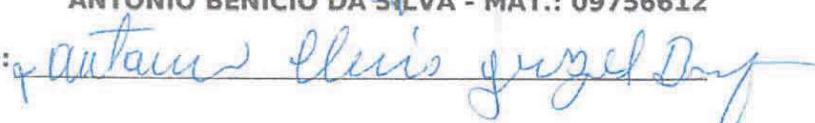
Segundo o declarante é o proprietário da motocicleta de placa ORZ2380/CE; QUE no dia 28.05.2019, por volta das 01:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava sozinho, onde se deslocava de Novo Maranguape com destino ao Centro de Maranguape, quando nas imediações da Entrada da Usina de Leite, em Maranguape, "desviou de um buraco" o qual se encontrava sobre a via de rolamento vindo a colidir na traseira de um veículo de placas não anotadas que estava estacionado no acostamento da via; QUE do acidente lesionou a perna esquerda e a bacia; QUE foi socorrido por uma ambulância do SAMU que chegou ao local por volta de 01:30 hrs do citado dia e encaminhado para o HOSPITAL I.J.F Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE, onde foi medicado e realizado procedimento cirúrgico, onde permaneceu hospitalizado por três dias. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Consolidado em: 15/05/2019 10:14:37

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:14:37



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 1937 / 2019

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

Francisco José Ferreira Brauna



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 realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



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 realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antônio César Ferreira Viana
Idade: 55 anos meses: 6
Prontuário: 5564 6766 Unidade: 11 Leito: 1116

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Fibrilar Coroa E

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Osteomartíri Remo C Cirurgião: A. Closset
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data 28/05/18
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____ / _____ / _____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____ / _____ / _____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____ / _____ / _____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____ / _____ / _____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____ / _____ / _____

Procedimentos Invasivos/Exames Sim Não

- 1- _____ Data _____ / _____ / _____
2- _____ Data _____ / _____ / _____

Data / /
Data / /
Data / /
Data / /

condições de Alta/Transferência

Irado () Melhorado (✓) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: () Ambulatório em _____ Dr.(a) Wilmer Ferreira

Observações: _____

Data: 29/05/18

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Jardim
Centro

Médico

CRM/Carimbo

§ 2º art. 16

Jornal instrumental



Prefeitura de

Fortaleza

Secretaria Municipal de Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>DANIELA SOARES</u>	Unid. Internação/Exame: <u>ENFERMAGEM</u>	Idade:	Nº AIH/RAE:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.

JUSTIFICATIVA

EXAMES RADIOLOGICOS

- Crânio
- Tórax _ AP/P
- Punho _ AP/P
- Escanomelria dos MAM
- Perna _ AP/P
- Face
- Ombro _ AP/P
- Mão _ AP/OBL
- Perna _ AP/P
- Coluna Cervical _ AP/P
- Braço _ AP/P
- Bacia AP
- Joelho _ AP/P
- Clavícula _ AP
- Antebraço _ AP/P
- Quadril AP/AXIAL
- Tomozeto _ AP/P
- Fêmur _ AP/P
- Pés _ AP/OBL

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma
- Glicemia
- Cloro
- PTTA
- Sodio
- Lipase
- Uréia
- Plaquetas
- Amilase
- Creatinina
- Cálcio
- Colinesterase
- Potássio
- TAP
- Sumário de Urina

ULTRASOMOGRAFIA

- Fast
- Abdome Total
- Torax
- IMAO
- IMASE
- MID
- MIE

OUTROS EXAMES

Exames complementares:

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data / / Hora: h minutos

NEUROLOGICO

DATA: 26/01/2017

Carimbo: 1001



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE
HOSPITALAR

Emitido em: 03/12/2018 10:9:43

Por: RODRIGO MARTINS TEODOSIO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 03/12/2018 10:07:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700509302197255	NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA			PRO. SOC: 5564666			
CPF: 16132955372	RG: 125176478	D. NASC: 14/07/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GURGEL BRAGA			NOME DO PAI: PAULO FERREIRA BRAGA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDERECO DO PACIENTE: MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA			Nº: 39	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986923468	MUNICÍPIO: MARANGUAPÉ			JF: CE	CEP: 61940040	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA			PARENTESCO:			TELEFONE: 986923468	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: ,							
QUEIXAS: ,							
OBSERVAÇÕES: ,							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Escala de Dor: SINAIS VITais PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:							
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.							
Anamnese: ATENDIMENTO MÉDICO							

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



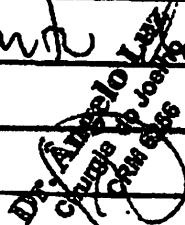
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5564666
O Sr.(a) Informou Cláudio Siqueira Braga
Foi atendido (a) neste Hospital no dia 28/05/18, às : : h.
Tendo como causa do socorro _____

Fratura Perna C

Observações: Reincidente de 30 (Vinte) dias de afastamento
subclavio



Fortaleza, 29 de 05 de 20018

Médico da Plantão - CRM: _____

CPF: _____



PREFEITURA DE MARANGUAPE



50

Declaro para devidos fins que
Antônio Lésis Gurgel Braga, está fazendo
fisioterapia duas vezes por semana em
decorrência de fratura de fibra (C).

Maranguape, 14 de dezembro de 2013

Mary Nazelle S. Rocha
Fisioterapeuta
CREFITO: 209604-F

Av. Stenio Gonçalves, 988, Pq. Iracema, fone: 3369 9107



NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

FISIOTERAPIA MOTORA --- 30 SESSOES

TREINO DE MARCHA
FORTALECIMENTO MUSCULAR
EXTENSAO DA Perna

FORTALEZA 27 DE AGOSTO DE 2018

Dr. Pedro Rafo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO
PASTORAL DA CIDADANIA DA ANGOLA

ANTONIO CLESTIO GURGEL BRAGA

1004575716

VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1004575716

SOBRENOME / OME PRIMEIRO	125176478	SSP	CH
CPF	161.329.553-72	DATA NASCIMENTO	14/07/1960
PAI			
PAULO FERREIRA BRAGA			
MÃE			
RAIMUNDA GURGEL BRAGA			
RESIDÊNCIA	ACG	CARNA	AB
UF RESIDÊNCIA	03027121060	UF EMISSÃO	11/01/1984
A :			
autam blau gurgel eng			
AVULVENDA AUTOMATICO			
LOCAL	MARANGUAPE, CE	DATA EMISSÃO	10/10/2014
FOTO		43252992605	CB144107299
ESTADO UNIDOS FEDERAIS DO BRASIL			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107997/20

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

CPF: 161.329.553-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLESIO GURGEL
BRAGA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA : 161.329.553-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020
Nome: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA
CPF: 161.329.553-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA