SECRETARIA DE VARA
Fls. 02
VARA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA DA COMARCA DE SENADOR POMPEU-CE.

COMARCA DE SENADOR POMPEU
6993-77.2018.8.06.0166

ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE, Brasileiro, Casado, Montador And. Edificação,inscrito no cadastro de pessoa física CPF de n°601.085.043-60, Residente e Domiciliado na Fazenda Uberaba,Distrito de Codiá, Senador Pompeu/CE, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, por meio de sua advogada, conforme instrumento em anexo, mover presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ C 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, n° 74, 5° andar, CEP 20031-205, Rio de Janeiro/RJ, pelos fatos e fundamentos adiante delineados, alicerçado nos seguintes fundamentos de fato e jurídicos que passa a expor:

I - DOS FATOS E DOS DIREITOS

O Autor envolveu-se em um acidente de trânsito na Rodovia BR 226,BR que liga Senador Pompeu a Cidade de Milhã, foi socorrido por populares e foi levado ao Hospital Municipal de Senador Pompeu.

No referido acidente o autor sofreu trauma em joelho direto,mas ruptura completa do ligamento cruzado anterior,tendo que realizar procedimento cirúrgico.

Em consequência do referido acidente ficou com **debilidades permanentes devido as graves lesões, com sequelas irreversíveis**, conforme vasta documentação médicos anexo à presente.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Recebido hoje e protocolado sob o
nº 1344/18 Lo 13 Fl 21 às 14:36 hrs
30 de 04 de 20 18

Encarregado(a) do Protocolo

SECRETARIA DE VARA
Fl. 03

Vale ressaltar que o lamentável acidente foi materialmente comprovado de fartos documentos acostados aos autos do processo administrativo, em poder do consorcio de seguradoras, que após análise, deferiu o pleito em favor do segurado(a). Logo, cumpre salientar que a própria seguradora, ao analisar o tipo de lesão sofrida pelo(a) autora(a) em decorrência do acidente de transito, constatou a invalidez.

Sendo assim, constatado que a invalidez ocorreu em decorrência do acidente de transito, tem a parte autora o direito ao recebimento a indenização no valor de R$ 13.500,00(treze mil e quinhentos reais) vigente a época da liquidação da sentença, tudo acrescido de juros e correção monetária desde a época do evento danoso. Entretanto, como a parte autora recebeu administrativamente apenas o valor de **R$4.725,00** (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais) resta saldo a receber de **R$8.775(oito mil setecentos e setenta e cinco reais)** corrigidos desde a data do evento danoso.

II- DO DIREITO

DO SEGURO DPVAT, DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO A IN DENIZAÇÃO.

A pretensão autoral encontra-se amparada pela Lei nº 6.194/74 no 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 Superior Tribunal de Justiça, STJ, sumula 474, devendo ser aplicada a todos os acidentes, indistintamente.

> Sumula 474, do STJ," A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

Conforme atesta os documentos médicos em apenso, o autor faz jus ao valor estabelecido no o art. 3º, inciso II e III, in verbis:

SECRETARIA DE VARA
Fls. 04

> Art. 3o Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:
>
> I - R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte
>
> II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente.
>
> III - até R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação suso mencionada, tais como inúmeros laudos médicos dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5°, conforme segue:

> Art. 5° O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

III- Da não quitação do seguro DPVAT Pelo pagamento administrativo: Necessidade de Pericia medica.

A prova pericial é imprescindível para o desate da lide, com vista a aferição do grau da invalidez permanente que acomete o suplicante.

A questão de ser a invalidez total ou parcial não tem o condão de elidir a necessidade de realização da prova pericial, pois na via administrativa não foi reconhecido a invalidez que realmente acomete a parte autora.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 05

Assim resta patente que a parte autora deve ser submetida a avaliação medica, passível de ser feita por perícia judicial, para aferir areal extensão das lesões que acomete, afim de estipular o valor do seguro DPVAT corretamente em obediência ao teor da sumula 474, do STJ.

V - DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a) A citação da SEGURADORA... DPVAT S. A., no endereço declinado no preâmbulo, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto aos fatos alegados, devendo acompanhar o processo até a sentença final

b) A condenação da Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT a parte Autora, a título de complementação no valor de **R$ R$8.775(oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**ou percentual a ser apurado na perícia medica judicial, valor este deve ser acrescido de juros e correções monetárias desde o evento danoso.

c) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação

d) A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente, a **prova testemunhal, prova documental e perícia médica**

e) A concessão do benefício de Gratuidade de Justiça, nos moldes do art. 4º, da lei nº 1.060/50, eis que a Autora, não tem possibilidade de arcar com as custas do presente feito e com seus ônus sucumbenciais, sem prejudicar seu próprio sustento e de sua família, conforme declaração de hipossuficiência em anexo.

f) Ao final a total procedência da presente demanda, para o pagamento da diferença do seguro devido a Autora.

g) A concessão da justiça gratuita;

Dá-se a causa o valor de **R$8.775(oito mil setecentos e setenta e cinco reais).**

Nestes termos, pede deferimento.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 06

Senador Pompeu/CE, 20 de MARÇO de 2018.

ELIANE BARBOSA SILVA
ADVOGADA-OAB/CE 27940

SECRETARIA DE VARA
Fls. 07

ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

OUTORGGANTE: Alexandre de Oliveira Andrade Sacrilino, casado, Motorista Aut. Educação, portador da cédula de identidade nº 2001010197434 SSP/DS CE, inscrito no CPF/MF sob nº 601.085.023-60, com endereço Fazenda Ubaraba, Distrito Padrão, Senador Pompeu CE

OUTORGADO: ELIANE BARBOSA SILVA, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com clausula "*Ad-judicia Et Extra*", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvindicações 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 neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 11 de Setembro de 2017

Alexandre de Oliveira Andrade

Outorgante

SECRETARIA DE VARA
Fls. 08

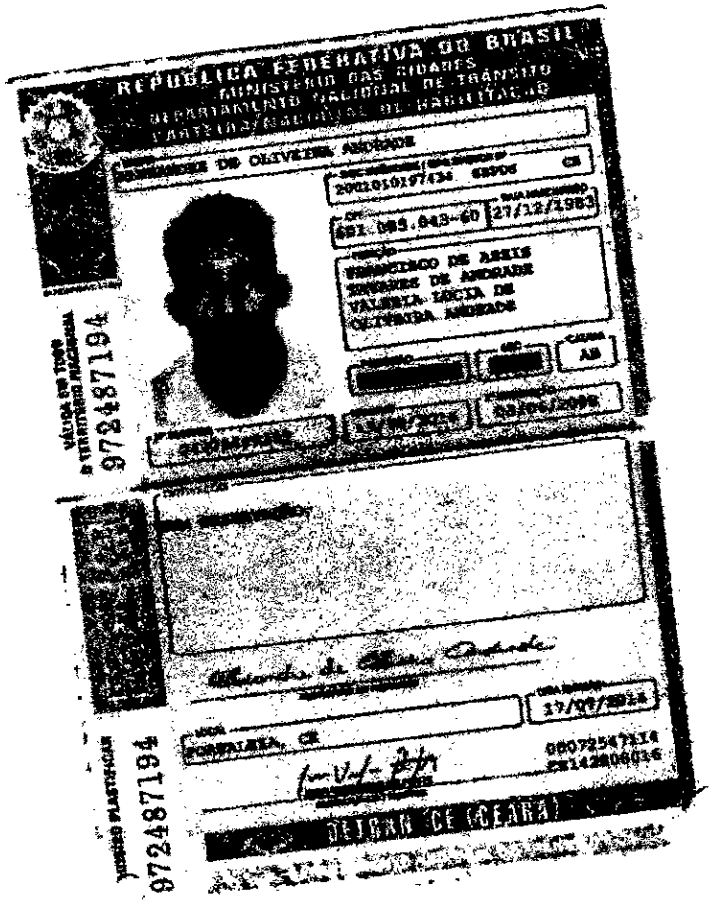
DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

Eu Alexandre de Oliveira Andrade,
Profissão Monitor And. Educação,
CPF: 601.085.013.60, RG: 9001010109724 34, residente e domiciliado(a) à Fazenda Ubaraba
Bairro: Dr. Codiá cidade Senador Pompeu, Estado: Ceará,
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de mantença própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações supervenientes.

Senador Pompeu, 11 de 09 2017

Alexandre de Oliveira Andrade
DECLARANTE

SECRETARIA DE VARA
FL. 09



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DOMINGOS DE OLIVEIRA ANDRADE

2002010197434 [illegible] CE

681.085.843-60 27/12/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS
SOMBRA DE ANDRADE
VALERIA LUCIA DE
OLIVEIRA ANDRADE

[redacted] [redacted] AB

[redacted] [redacted] [redacted]

OBSERVAÇÕES

17/07/2014

FORTALEZA, CE

00072547114
CE142806016

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
972487194

NÚMERO PLASTICOM
972487194

SECRETARIA DE VARA
Fls. 10

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Alexandre de Oliveira Andrade, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Montador And. Educação natural de Fortaleza, estado Ceará nascido aos 27 / 12 / 1983, filho de Francisco de Assis Tavares de Andrade e Valeria Lucia de Oliveira Andrade, portador(a) do RG nº 2001010197434 Órgão Expedidor SSPDS-CE, CPF nº 601.085.043-60, **DECLARO** conforme artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço: Segunda Ubeirabe, Distrito Cariú, Senador Pompeu - CE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 11 de Setembro de 2017.

Alexandre de Oliveira Andrade
DECLARANTE

Nº DO CLIENTE
6580979-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

cocice

SECRETARIA DE VARA
Fls. 11

433101036

21 14003 12 317000 - 1 31/05/2016
MARIA ODILANIA PEIXOTO
FZ UBERABA 00009
DT CODIA - SENADOR POMPEU - 63600000
13606574 0000 0000
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
653948603-00

Mês de Referência		Previsão Próxima Leitura			
Jun/2016	29/06/2016	28/06/2016	SENADOR POMPEU Mai/2016 DIAS: 0.00 P	DIAS 0.05	

ISENTO		18.73	21.44	42.92	0.00	0.00	0.00
		7.67	15.34	30.68	0.00	0.00	0.00
E4C3.C025.2A06.3C00.AE00.83F0.A587.0180		5.78			0.00		

13290	13289	1.00	01	0.00			
31/05/16	29/04/16		32 DIAS		01		20.29

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	40,26
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-19,81
MULTA MORATORIA REF 03/2016	0,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,18

VENCIMENTO 06/07/2016 TOTAL A PAGAR (R$) 21,96

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	[illegible]
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ..	2,38
TOTAL	21,57

Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
79	81	82	81	87	79	88	75	80	31	102	20

Consumo(s) Consecutivo(s) - Emissões de CO2 (kg/mês)

Emissão de CO2	Compensação de CO2	Consumo Ecológico (% CO2)
35,81	0,00	

Informações importantes e avisos de vencimento

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT DIFERENTE, ART 96 REG 414

Consta desta fatura R$ 2,38 referente a PIS e COFINS.

Nº do Cliente: 6580979-3 Referência: Jun/2016
Data de Emissão: 31/05/2016 Total a Pagar (R$): 21,96
Nº da Nota Fiscal: 433101036 Nº de Controle: 0006580979 00016 39162 01

83850000000-8 21960031000-4 00065809790-3 00163916279-5

CADASTRO PROEVO Nº ACERTA (GLEICY)

FICHA DE REGULAÇÃO DE INVALIDEZ E ÓBITO

PARCEIRO: PINHEIRO CELSO-CE - - / OUTRAS

SECRETARIA DE VARA Fl. 12

SINISTRO DPVAT: PROCESSO: **54972** ASP:

SINISTRADO: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE** CODIGO: **3 - CONDUTOR**

DATA DO NASCIMENTO: **27/12/1983** CPF DO SINISTRADO: **601.085.043-60**

NATUREZA: **Invalidez**

DATA DO SINISTRO: **05/07/2016** HORA: **10:30:00**

PLACA: **NRA-4774 / CE** CAT: **9 - MOTO** BOLETIM: **551-1666/2016**

DELEGACIA: **POLICIA CIVIL** UF DELEGACIA: **CE**

L. DO FATO: **SENADOR POMPEU** UF DO FATO: **CE** COMUNICACAO: **30/08/2016**

NOME: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE** CPF: **601.085.043-60**

BANCO: **001 - Banco do Brasil S.A.** AGENCIA: **0239-9** TP CONTA: **CORRENTE** CONTA: **17520-X**

ENDERECO: **FAZENDA UBERABA, 09 - DISTRITO DE CODIA - SENADOR POMPEU - CE - CEP: 63.600-000**

NOME DO PROCURADOR: **EDILENE SOARES ROCHA**

DATA DE NASCIMENTO: **01/02/1981** CPF: **650.734.873-20** DATA PROCURACAO: **09/09/2016**

PROFISSAO: **Outros** RENDA: **Recusou informar**

ENDERECO: **AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA, 970 - ZONA URBANA - SENADOR POMPEU - CE - CEP: 63.600-000**

FONE: **(85) 9989-0779**

PENDENCIA:

Processo Analisado e Aprovado

PROCESSO CADASTRADO EM: **01/11/2016** POR: **GLEICY**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE
Cartório

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1666 / 2016

SECRETARIA DE VARA
Fls. 13

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/08/2016 08:36:16**
Data / Hora da Ocorrência: **05/07/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 226**
Complemento:
Bairro: Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **BR QUE LIGA SEN. POMPEU A CID. MILHÃ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**
Nascimento: **27/12/1983** CPF: **601.085.043-60**
RG: **2001010197434** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **VALERIA LUCIA DE OLIVEIRA ANDRADE**
FRANCISCO DE ASSIS TAVARES DE ANDRADE
Endereço: **SITIO UBERABA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.600-000**
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99785-2227**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRA4774** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2HB02108R022071** Renavam: **136513174** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PEIXOTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta supracitada; Relata o (a) declarante que um caminhão de placas não anotadas ao fazer uma ultrapassagem fechou o declarante, este se desequilibrou, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu trauma em joelho direito, mais ruptura completa do ligamento cruzado anterior; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de 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 REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Diany Mary Falcão Alves
DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2

SECRETARIA DE VARA
Fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1666 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Abrado de Oliveira Custodio

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

SINISTRO 3160709815 - Resultado de consulta por beneficiário

SECRETARIA DE VARA
Fls. 15

VÍTIMA ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
CPF/CNPJ: 60108504360

Posição em 28-12-2016 09:25:34

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/12/2016	R$ 4.725,00	R$ 0,00	R$ 4.725,00

Prova do ato declaração

SECRETARIA DE VARA
Fls. 16

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação: 20010197434

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9671 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente: Alexandre de Oliveira Andrade — D.N. 27.12.198

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Mantido Ind. Eduardo	32.	Pardo	M	casado	Fortaleza	Br.

Residência: Bitos Uberaba

Pai: Francisco de Assis Tavares de Andrade

Mãe: Valeria Lucia de Oliveira Andrade

Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade — Telefone: 99785 22 22

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [x] Regular
- [ ] De Automóvel
- [ ] Passando Mal
- [ ] Ambulância
- [ ] Comatoso
- [ ] Aparentemente bem
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento: SUS — Data: 05.07.16 — Hora: 11 hs

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda de motocicleta com lesão em joelho direito importante e possível fratura

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL MÁX	PRESSÃO ARTERIAL MIN	PULSO	TEMPERATURA AUXILIAR	TEMPERATURA RETAL	PESO
120	70		36.c		72 Kg

DIAGNÓSTICO: Trauma em joelho D. pós acidente com motocicleta

TRATAMENTO:

1) Contenção de danos
2) Voltar a Dem 1 hora

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável SAME
MHSI
CNPJ 07 802 697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [ ] Residência
- [ ] Internado
- [ ] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade

Ass. do Médico: Dr. João Tadeu C. C. CRM 15921 MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

SECRETARIA DE VARA
Fls. 17

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre da Silveira Andrade, portador da carteira de identidade nº 3001010137434 e inscrito no CPF/MF sob o nº 601.089.043-60, residente e domiciliado na Travessa Ibiraiara, 109, Cidade Senador Pompeu, Estado Ceará, declaro, 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 DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML 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 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 DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada 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 do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Alexandre da Silveira Andrade

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR POMPEU 31/10/2016.

Local e data

SECRETARIA DE VARA
Fls. 18

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto,
RG nº 1734349-88, data de expedição 25/11/88, Órgão SSP-CE,
portador do CPF nº 330.864-753-00, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu, no Estado de Ceará,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Ubiraba
, nº 09, complemento zona Rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alexandre de Oliveira Andrade, cujo o condutor no momento do acidente era Alexandre de Oliveira Andrade.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/Pop 100
Ano: 2008/2008
Placa: NRA 2774
Chassi: 9C2HB08107R089071
Data do Acidente: 05/07/16

Poder Judiciário
Comarca de Bonfim
Distrito de Bonfim
Reconheço a firma(s) de
Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto
por autenticidade. Dou fé.
Em testemunho da verdade.
Bonfim S. Pompeu, 09/09/16
Marta Neiva Pinheiro
Oficiala Interina
Maria Auxiliadora Andrade da Lima
Oficiala Substituta

Local e Data: Senador Pompeu - CE 09/09/16

Francisca das Chagas Pinheiro Peixoto
(Assinatura do Declarante)

Alexandre de Oliveira Andrade
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

SECRETARIA DE VARA
Fls. 19

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação: 20010197434

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 807
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente: Alexandre de Oliveira Andrade
D.N. 27.12.1983

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Mandrian Ind. Expressa	32	Pardo	M	casado	Fortaleza	Br.

Residência: Bairro Uruaú
Pai: Francisco de Assis Tavares de Andrade
Mãe: Valeria Lucia de Oliveira Andrade
Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade — Telefone: 99785 22 22

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [ ] De Automóvel
- [ ] Ambulância
- [ ] Aparentemente bem
- [x] Regular
- [ ] Passando Mal
- [ ] Comatoso
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento	Data	Hora
SUS	08.07.16	11hs

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda c/ motocicleta com lesão no joelho direito importante e possível óbito digno

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL MÁX	PRESSÃO ARTERIAL MIN	PULSO	TEMPERATURA AXILAR	TEMPERATURA RETAL	PESO
120	7C		36,2		72Kg

DIAGNÓSTICO: Trauma no joelho D. pós acidente com motocicleta

TRATAMENTO:

1) contenção de lesão
2) voltar a Dem 1 hora

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável Técnico
CNPJ 07 802 697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [ ] Residência
- [ ] Internado
- [ ] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade

Ass. do Médico: Dr. João Tadeu C. C. CRM: 1582 MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA MAGNETICA - HAP FORTALE

Vida & Imagem

NºPedido: 15986998

Data **09/07/2016**

Pag 1 de 1

Paciente...: **7696246 ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE** Sexo: M
Nascimento.: 27/12/1983 RG.: 2001010197434 CPF.: 60108504360
Endereco...: R DR. PEDRO WILSON 1000 SERRINHA FORTALEZA CE 60742210
Convenio...: HAPVIDA Tel.: 8899785222
Matricula..: 19671000233004021
Solicitante: **Dr(a) MARCELO CARLOS MORE**

Exame:
RM DE JOELHO (UNILATERAL) - DIREITO

!H-GD.

3710363311

TÉCNICA: Exame realizado com a técnica spin-eco, fast spin-eco, aquisições multiplanares.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 20

COMENTÁRIOS:
- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de R.M. preservados.

- Lesão vertical de espessura completa em periferia do corno posterior do menisco medial.

- Menisco lateral de contornos, morfologia e sinal de R.M. normais.

- Ruptuta completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado.

- Leve estiramento do ligamento colateral medial.

- Ligamento colateral lateral de morfologia e sinal de R.M. normais.

- Tendinopatia proximal do patelar, com calcificação intratendínea.

- Tendão do quadriceps íntegro. Gordura de Hoffa preservada.

- Leve derrame articular.

- Planos musculares e gordurosos sem alterações.

- Fossa poplítea livre.

- Cartilagem patelar preservada.

* Exame documentado em CD.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE
CRM 9327 - CE

SECRETARIA DE VARA
Fls. 21

paciente referindo dor em joelho direito, já de longa data, com edema e piora da dor ha cerca de 3 dias. traz laudo de RNM (09/07): lesao vertical de espessura completa em perigeria do corno posterior do menisco medial. menisco lateral de contornos, morfologia e sinais de R.M normais. ruptura completa do ligamento cruzado anterior. acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado. Leve estiramento do ligamento colateral medial. Leve derrame articular. . Ao exame: edema e dor local em joelho direito. Derrame articular presernte? Ao ortopedista de plantao.

Dra.

Cr.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 22

ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

05/09/2016

Nome: Declaração

Declaro para devidos fins que Alexandre de Oliveira Andrade, encontra-se em acompanhamento neste setor de fisioterapia, com diagnóstico clínico de pós-operatório de reconstrução de ligamento Cruzado Anterior do joelho direito, proveniente de uma lesão em decorrência de um acidente de motocicleta, apresentando diminuição da amplitude de movimento para flexão e extensão do joelho direito, requerendo dor.

Dra. Bruna Vitoriano
FISIOTERAPEUTA
CREFITO Nº. 6414 - LTF

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

GF30LIQ

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 24083353

1 - Registro Ans: ANS nº 368352
3 - N. Guia Principal: 24083353
4 - Data de Autorizacao:
5 - Senha:
6 - Data de Validade da Senha:
7 - Data de Emissao da Guia: 17/07/2016

DADOS DO BENEFICIARIO

8 - Numero da Carteira: 19671000233004021
9 - Plano: PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFEF
10 - Validade da Carteira:
11 - Nome: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
12 - Numero do Cartao Nacional de Saude:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Codigo na Operadora/CNPJ/CPF: 5874946000109
14 - Nome do Contratado: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
15 - Codigo CNES: 2415631

16 - Nome do Profissional Solicitante: PATRICIA LOPES GASPAR
17 - Conselho Profissional: CRM
18 - Numero no Conselho: 16458
19 - UF: CE
20 - Codigo CBO S:

DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitac?o: 17/07/2016 14:25
22 - Carater da Solicitacao: U E - Eletiva U - Urgencia/Emergenci
23 - CID 10: R68 (U)
24 - Indicacao Clinica: OUTR SINT E SINAIS GERAIS

25 - Tabela	26 - Codigo do Procedimento	27 - Descric?o	28 - Qtde.Solic.	29 - Qtde.Autor.
02	00010081	PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADE	1	

Ao Ortopedista

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Codigo na Operadora/CNPJ/CPF:
31 - Nome do Contratado:
32 - T. Log.:
33-34-35 - Logradouro - Numero - Complemento:
36 - Municipio:
37 - UF:
38-Cod. IBGE:
39-CEP:
40-Codigo CNES:

40 a - Codigo na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar: 4233887389
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar: PATRICIA LOPES GASPAR
42 - Conselho Profissional: CRM
43 - Numero no Conselho: 16458
44 - UF: CE
45 -Codigo CBO S:
45 a- Grau de Participac?o:

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento: 01 - Remoc?o 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS - Terapia Renal Substitutiva
47 - Indic?o de Acidente: 0 - Acidente ou Doenca relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros
48 - Tipo de Saida: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referencia 4- Internac?o 5- Alta 6- Obito

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Doenca: A- Aguda C- Cronica
50- Tempo de Doenca: A- Anos M-Meses D-Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Codigo do Procedimento	57 - Qtde	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acrescimo	61 - Valor Unitario - R$	62 - Valor Total - R$
17/07/2016				00010081 PARECER DE OUTRAS E	1					0,00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Serie
1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

64 - Observacao:

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAC?ES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura do Beneficiario/Responsavel

65 - Total Procedimentos - R$:
66 - Total Taxas e Alugueis - R$:
67 - Total Materiais - R$:
68 - Total Medicamentos - R$:
69 - Total Diarias - R$:
70 - Total Gases Medicinais - R$:
71 - Total Geral da Guia - R$:

66 - Data e Assinatura do Solicitante: 17/07/2016
67 - Data e Assinatura do Responsavel pela Autorizacao: / /
68 - Data e Assinatura do Beneficiario ou Responsavel: 17/07/2016
69 - Data e Assinatura do Prestador Executante: 17/07/2016

R3100_EME PATRICIA LOPES GA 17/07/2016 14:40 192.85.4.101

SECRETARIA DE SAÚDE FL. 27

HOSPITAL SANTO ANTONIO DE PRUDENTE

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 3754690

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

03/08/2016 - 05:25

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento
7696246	ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE	M	27/12/1983

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2001010197434 SSP CE	60108504360		1-CASADO

Endereço: R FAZENDA UBERABA 000 SEM BAIRRO SENADOR POMPEU-CE CEP:61399999

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
8899688124		VALERIA LUCIA DE OLIVEIRA ANDRADE

SECRETARIA DE VARA Fls. 24

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor: 116300-RECEPCAO EMG ADULTO

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
[illegible]8/2016	00:20		

Médico Atendente	Clinica
1959310 MARCOS DIAS COSTA XEREZ	4-CIRURGICA

Médico Acompanhante	Tipo Atendimento
1959310 MARCOS DIAS COSTA XEREZ	6-INTERNADO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA	1-PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - ADRISAM INDUSTRIA DE ESTRUTURA MET E SSR LTDA. COLETIVO

Carteira	Validade
071000233004021	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação
POSTO 1A	1009 ENFERMARIA

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1472475	90996666	C13147745	INTERNACAO
1472475	30708052	C13147745	ARTROSCOPIA CIRURGICA EM JOELHO, TORNOZELO, COTOVELO E PUNHO PARA SUTURA MENISCAL DUPLA, REPARACAO/REFORCO OU RECONSTRUCAO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS (ANTERIOR OU POSTERIOR), LUXACAO RECIDIVANTE DE ROTULA, DESCOMPRESSAO DO CANAL CARPIANO E
1472475	30726247	C13147833	RECONSTRUCOES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO
1472475	30731216	C13147998	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO
1472475	30726212	C13185205	MENISCORRAFIA - TRATAMENTO CIRURGICO

04/08/16

ORI - OLINDA COSTA MOTA TEIXEIRA

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/08/2016 11:10

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Atendimento:** 37546907 **Prontuário:** 7696246 **Convênio:** HAPVIDA

Profissional(is): MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 **Nº:** 05857277 03/08/2016 às 10:50 **leito:** 1009

SECRETARIA DE VARA Fls. 25

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO
Diagnóstico Cirúrgico	S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	03/08/2016
Hora Da Cirurgia	10:50
Cirurgia	RECONSTRUÇÃO DO LCA E MENISCECTOMIA PARCIAL DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO
Cirurgião	DR MARCOS XEREZ
1º Auxiliar	DR RAFAEL BEZERRIL
Anestesista	DR FAGNER
Descrição Cirúrgica	PCTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO ANTISEPSSIA + ASEPSSIA + CAMPEAMENTO + GARROTE PNEUMÁTICO ACESSO ANTEROMEDIAL DA PERNA DIREITA, DISSECÇÃO POR PLANOS + RETIRADAS DE TENDÕES FLEXORES CONFECÇÃO DE PORTAIS AL E AM PARA ARTROSCOPIA DO JOELHO DIREITO VISUALIZAÇÃO DE EXTENSA LESÃO DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL, FEITO A MENISCECTOMIA PARCIAL VISUALIZAÇAO DE ROTURA DO LCA, E INTENSA SINOVITE. CONFECÇÃO DE TUNEL FEMORAL E TIBIAL, PASSAGEM DO ENXERTO E FIXAÇAO NO FEMUR COM PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA 10X 25 E NA TIBIA 11X25 MM VISUALIZAÇAO DA BOA POSIÇÃO DO ENXERTO E DE SUA FUNÇÃO. LAVAGEM EXAUSTIVA DA CAVIDADE ARTICULAR + RETIRADA DO GARROTE SUTURA POR PLANOS DA TIBIA E DA PELE DPS PORTAIS LIMPEZA + CURATIVO
Códigos Dos Procedimentos	30708052 ARTROSCOPIA DO JOELHO 30726247 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO PIVOT CENTRAL 30731216 TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO 30726212 MENISCORRAFIA

Dr. Marcos Dias Costa Xerez
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC 11273 SBOT 14.948

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO 1A

Leito: 1009/1

04/08/2016 08:3

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE Atendimento: 37546907 Prontuário: 7696246 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 Nº: 05869979 04/0/2016 às 08:34

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE ARTROSCOPIA DE JOLEHO COM REPARO LIGAMENTAR
EVOLUI ESTAVEL SEM QEUIXAS
ALTA HOSPITALAR

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedista e Traumatologe
CREMEC: 8260

SECRETARIA DE VARA
Fls. 26

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

03/08/2016 20:14

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Atendimento:** 37546907 **Prontuário:** 7696246 **Convênio:** HAPVIDA

Profissional(is): CLAUDIANA GARCIA DA SILVA COREN 258078 **Nº:** 05865672 03/08/2016 às 20:13 **leito:** 1009

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Descrição

PACIENTE, A.O.A. 32 ANOS, PÓI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHBs. AR AMBIENTE, EUPNÉICO, SSVV ESTÁVEIS, REPOUSO NO LEITO
ACEITA DIETA VO OFERECIDA , AVP EM BISE FUNCIONANTE.
AGUARDA DIURESE ESPONTANEA NO PERIODO..
CURATIVO MANTIDO,
SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE VARA
Fls. 27

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO CIRÚRGICO

03/08/2016 12:54

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Atendimento:** 37546907 **Prontuário:** 7696246 **Convênio:** HAPVIDA

Profissional(is): DAVI MARINHO DE ARAUJO CRM 13177 **Nº:** 05859384 03/08/2016 à 12:54 **leito:** 1009

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO DO LCA E MENISCECTOMIA PARCIAL DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO SEM INTERCORRÊNCIAS.

SECRETARIA DE SAÚDE FL. 23

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedista e Reumatologia
CRM/PE 5269

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Alexandre de Oliveira Andrade
Idade: 32 Peso:
Prontuário:
Diagnóstico:
Cirúrgia: Apendicite
Cirurgião: Marcos Xerez

Data: 3 / 8 / 16
Sexo: F ( ) M (X)
Convênio:
Anestesia: Raqui
ASA: I

SECRETARIA DE SAÚDE
FL. 29

HORA 06 07 08 09 10 11

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO ✓ PRESSÃO NÃO INVASIVA ✓ CAPNOGRAFO OXIMETRO DE PULSO ✓ PRESSÃO INVASIVA

SAT O2 99 99 99 99 99
LTC O2
PVC

R R F R

200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

	DROGAS		EVENTO
	Bup 20.0	9	A
2	Dipirona 0,1	10	B
3	Ketazol 400,0	11	C
4	Diesel 10.0	12	D
5	Bupivacaina 20.00.0	13	E
6	Metoclopramida 10,0	14	F
7	Ranitidina 10.0	15	G
8	Cefazolina 3.0	16	H
9	Acetato 0.1	17	I
10	Dimenidrinato 2.0	18	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO

Entubação: Oro Naso Sonda:
Respiração: Espont. Assist. Mecân.
Absorvedor de: Sem Com
Posição: Local da Punção:
Agulha: Técnica:
Início: Final:
Duração:

Condição final op: Acordado e estável

Intercorrências per. op: Não houve

Ass. Anestesista: CRM

FICHA DE ANESTESIA REF.

Prudent

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE **Posto:** **Leito:/** 09/08/2016 13:53

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Atendimento:** 37667845 **Prontuário:** 7696246 **Convênio:** HAPVIDA

Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 **Nº:** 05948516 09/08/2016 **às** 13:52

ANAMNESE	
CID10	M255 DOR ARTICULAR
Queixas e Sintomas Gerais	PCT POS OP RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR JOELHO
HDA	
DIAGNÓSTICO	
Hipótese Diagnóstica	
CID10	M255 DOR ARTICULAR
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

SECRETARIA DE VARA Fls. 20

ICP Brasil DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCA:9037496, às 15:12BRT de 09/08/2016

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE **Posto:** **Leito:/** 09/08/2016 14:25

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE **Atendimento:** 37667845 **Prontuário:** 7696246 **Convênio:** HAPVIDA

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 **Nº:** 05949081 09/08/2016 **às** 14:25

ANAMNESE

Queixa Principal	07 DIAS DE POS OPDE RE CONSTRUÇÃOD E LCA EVOLUI ESTAVEL FISIOTERAPIA
CID10	S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica	
CID10	S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

SECRETARIA DE VARA Fls 31

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

ICP Brasil DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA:74209361372 (15/02/2016 ~ 13/02/2019), às 17:19BRT de 09/08

CIRURGIA DO JOELHO

Dr. Marcos Dias Costa Xerez
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CREMEC 11273SBOT14358

SECRETARIA DE VARA
Fls. 52

- Residência Médicaem Ortopedia e Traumatologia pelaUFC
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Alexandre de Oliveira Andrade foi operado do LCA do joelho direito dia 04/08/2016.

Encontra-se muito bem em sua recuperação cirúrgica, encontra-se em fisioterapia.

Necessita de mais 30 (trinta) dias, para retomar as suas atividades laborais de montar/desmontar andaimes.

031.10/06

Dr. Marcos Dias Costa Xerez
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CREMEC: 11273 / TEOT: 14 358

Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

Rua Monsenhor Bruno, 1777, Meireles Telefone (85) 32445597

SECRETARIA DE VARA
Fls. 33

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **601.085.043-60**

Nome da Pessoa Física: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**

Data de Nascimento: **27/12/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/02/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:19:20** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7894.C42B.0F92.76A3**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp)

DETRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 01245989773

VIA	CÓD. RENAVAM	AN. TR. C	EXERCÍCIO
PPT 01	00136913174	0000000000	2016

NOME
FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PE
****
SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ	PLACA
33026475300	NRA4774/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2HB02108R022071

ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP100	2008	2008

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/97CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
********,**	**/**/**	1ª ********
		2ª ********
		3ª ********

FAIXA LIVRE	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
SENADOR POMPEU	16/05/2016

Igor Pontes

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 01245989773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	16/05/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	33026475300	NRA4774

RENAVAM	MARCA / MODELO
00136913174	HONDA/POP100

ANO FAB.	CÓD. TAR.	Nº CHASSI
2008	09	9C2HB02108R022071

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DL-MTRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

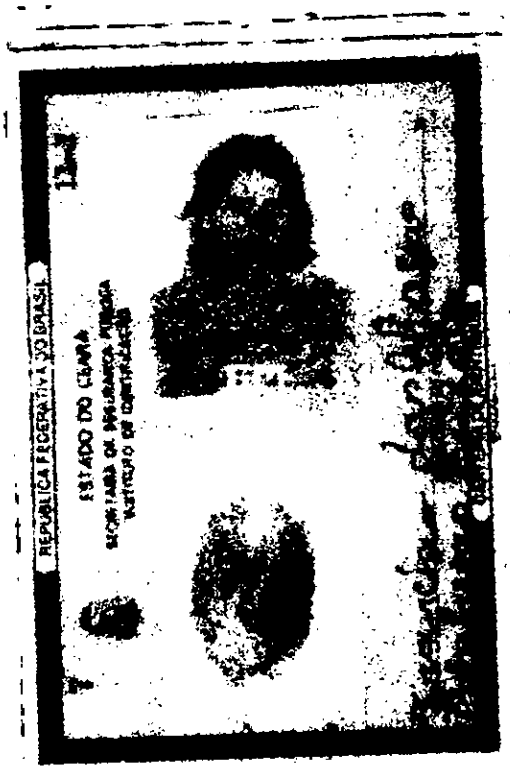
CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL (R$)
4,16	1,11	292,01

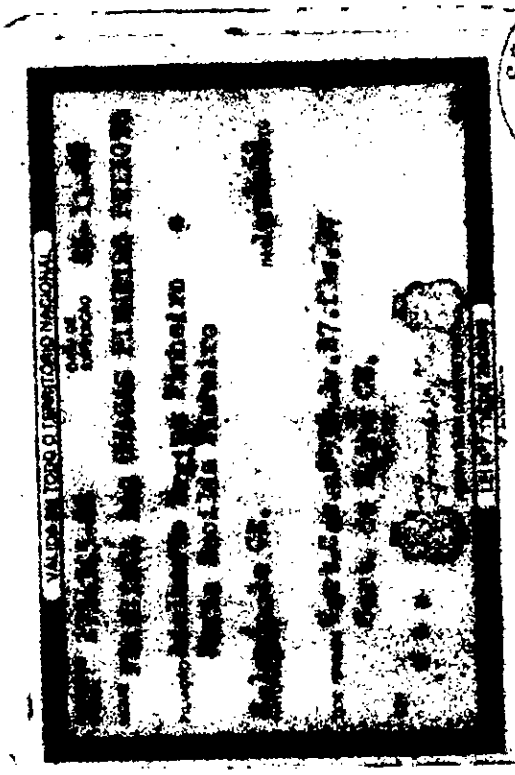
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	12/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: HB02E1B022071 01961

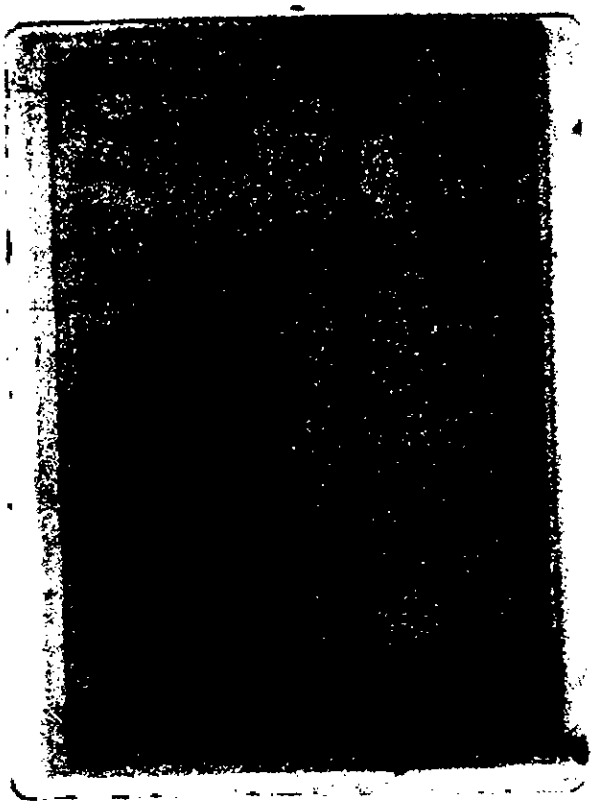
SECRETARIA DE VARA
Fls. 34

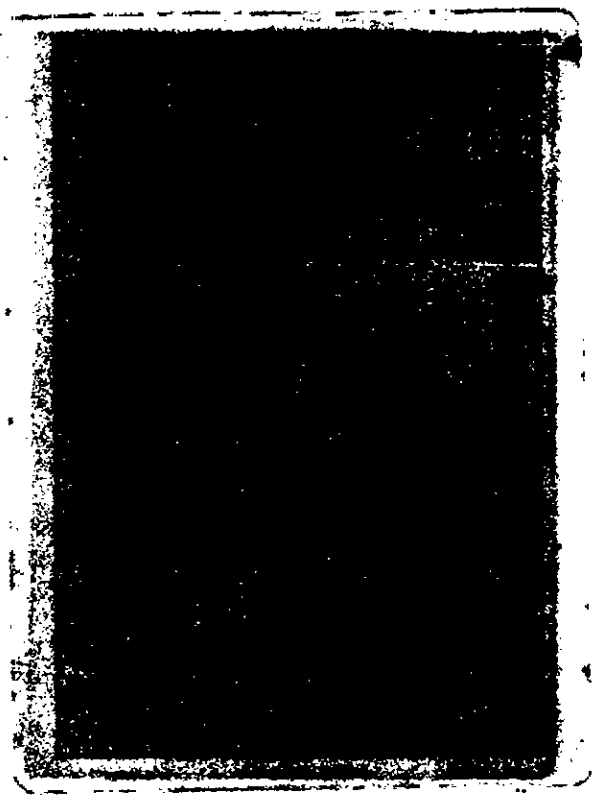




SECRETARIA DE VARA
Fl. 35

Proprietária do veículo.





SECRETARIA DE VARA
Fls. 36

Declaração

Eu, Alexandre de Oliveira Andrade, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 05/02/16 fui socorrido por populares, Telefone: ( ) —, e levado ao hospital: Maternidade e Hospital Santa Isabel.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

> "**Art. 299** – *Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*
>
> *Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Local: Senador Pompeu UF: CE Data: 31/10/2016.

Alexandre de Oliveira Andrade

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

SECRETARIA DE ... Fls. 37

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Alexandre de Oliveira Andrade

PORTADOR(A) DO RG Nº 3001010399 4324 EXPEDIDO POR SSPDS - PE EM 17/07/2014

CPF 601 085 043-60 /CNPJ ___-___-___-___, PROFISSÃO MONTADOR

E RENDA MENSAL DE R$ 880,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alexandre de Oliveira Andrade, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17520-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

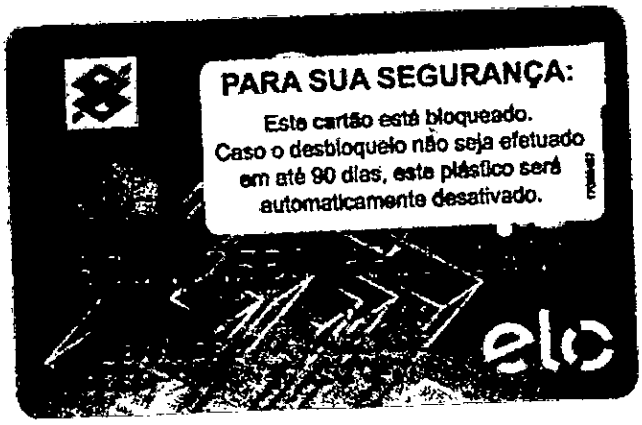
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sen Porpira, 31 de Outubro de 2016. x Alexandre de Oliveira Andrade

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SECRETARIA DE VARA
Fl. 39

Início Transferência Transferência DOC - Transferências até R$ 4.999,99

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

HORÁRIOS E LIMITES

SECRETARIA DE VARA Fls. 39

01 02 CONFIRMAÇÃO 03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:	
Conta origem:	
Conta destino:	239-9 / 17520-X
Banco:	001-BANCO DO BRASIL S/A
Valor a ser transferido:	
Tarifa de emissão de DOC:	
Valor total a ser debitado:	
Destinatário:	ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
CPF/CNPJ destinatário:	601.085.043-60
Finalidade:	99-Outros
Identificação da transferência:	

SECRETARIA DE FAZENDA
Fl. 40

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre de Oliveira Andrade,

RG nº 9001010197432L, data de expedição 17/07/2014 Órgão SSPDS CE,

CPF nº 601.055.043-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rozanda Ubimaba,
Número	09
Apto / Complemento	— " —
Bairro	Distrito de Cadiá
Cidade	Senador Pompeu
Estado	Ceará
CEP	63.600-000
Telefone de Contato	(85) 99989-0779 / 98721-2741
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu, 31/10/2016.

Assinatura do Declarante: Alexandre de Oliveira Andrade

DATA

Nesta data recebi os presentes autos.
Senador Pompeu, 16/05/2018.

Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

REGISTRO E AUTUAÇÃO

Nos termos do art. 46 do Provimento nº 01/2007 da CGJ/CE, autuei e registrei os presentes autos sob o número 7506/2018, no Livro de Registros de Feitos Cíveis nº 04 desta Secretaria de Vara Única.
Senador Pompeu, 16/05/2018.

Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

CONCLUSÃO

Nesta data faço estes autos conclusos ao MM. Juiz de Direito, 16/05/2018.

Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

SECRETARIA DE VARA
Fls. 42
405

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DE VARA ÚNICA

PROCESSO Nº 6993-77.2018.8.06.0166/0
AUTOR:(A)(ES): ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
RÉU (S): Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.
NATUREZA: Ação de Cobrança de Complementação de Seguro Obrigatório DPVAT

DECISÃO INICIAL

Vistos, em conclusão.

Recebo a inicial, posto que se encontra na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil, bem como defiro a gratuidade judiciária, haja vista estarem preenchidos os requisitos da Lei nº 1060/50, nos termos dos arts. 98 a 102 do Código de Processo Civil.

Por se tratar de causa que admite a autocomposição, sendo certo que o autor não fez expressa opção pela não realização de audiência inaugural de mediação e conciliação (inciso VII, do art. 319, CPC), designo Sessão de Conciliação e Mediação para o dia ____/____/____, às ___:___ hs.

Cite-se o Réu, com antecedência de até 20 (vinte) dias para a sessão de conciliação e mediação (art. 334, *caput*, CPC).

Intime-se a parte autora na pessoa do seu advogado (CPC, art. 334, § 3º).

Ficam as partes cientes de que o comparecimento, acompanhado de advogado, é obrigatório e de que a ausência injustificada caracteriza ato atentatório à dignidade da justiça, a ser sancionado com multa (CPC, art. 334, § 8º). As partes, no entanto, podem constituir representantes por procuração específica, com poderes especiais para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10).

Em não havendo autocomposição, o prazo para contestação, de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*), terá início a partir da audiência ou, se o caso, da última sessão de conciliação (CPC, art. 335, I).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344).

Com fundamento no art. 396 do Código de Processo Civil, determino, ainda, que a parte promovida seja **intimada** para, **quando da apresentação da peça contestatória**, trazer aos autos todo e qualquer registro administrativo que possua sobre o

sinistro relativo ao objeto do presente litígio, com o fim de facilitar o trabalho judicante, sob pena de preclusão. Tratando-se de processo administrativo, deverá vir para os autos a sua cópia, capa a capa.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 43

Expedientes necessários.

Senador Pompeu/CE, 08 / 06 / 2018.

WILDEMBERG FERREIRA DE SOUSA
Juiz de Direito Titular

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SENADOR POMPEU
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA-CEJUSC

SECRETARIA DE VARA
Fls.

Fórum Dr. Francisco Barroso Gomes, Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, Centro, Senador Pompeu-CE, CEP 63-600-000, Fone/Fax (88) 3449-1141

Processo n. 6993-77.2018.8.06.0166/0
Ação:COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT
Pvte: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
Pvdo: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CERTIDÃO

Certifico haver designado **audiência de Conciliação para o dia 24/06/2019 às 09:30hs.**
O referido é verdade e dou fé.
Senador Pompeu/CE, 20/02/2018

Adriana de Fátima Maciel de Oliveira
Conciliadora

Eliane Barbosa Silva
ADVOGADA
OAB/CE 27940

VÁLIDO SOMENTE COM CIDADE

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SENADOR POMPEU
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA-CEJUSC
COMARCA DE SENADOR POMPEU

SECRETARIA DE VARA
Fls.

CARTA PRECATÓRIA CÍVEL ISENTA DE CUSTAS

Processo Nº 6993-77.2018.8.06.0166
Ação: COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT
Requerente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE
Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

Deprecante: Juiz de Direito da Vara Única, Comarca de Senador Pompeu/CE

Deprecado: **Juiz(a) de Direito de Uma das Varas Cíveis** de Cumprimento de Cartas Precatórias da Comarca de **RIO DE JANEIRO/RJ**

Finalidade: **CITAR** o requerido, **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** (pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço à rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205); do inteiro conteúdo da petição inicial e da decisão de fls. 42/43, cujas cópias seguem anexas, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, para **comparecer à audiência de conciliação e mediação designada** para o **dia 24/06/2019, às 09:30hs, no CEJUSC de Senador Pompeu/CE**, advertindo-o de que:

1.1 – O (a) promovido(a) deverá estar acompanhado(a) de seu advogado;

1.2 – A advertência de que o seu não comparecimento injustificado à audiência é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa até dois por cento da vantagem pretendida ou do valor da causa;

1.3 – Caso não tenha interesse na realização da audiência, deverá informar, por petição, no mínimo, com 10 (dez) dias de antecedência da realização do ato.

1.4 – Ao revés, caso frustrada a tentativa de composição amigável, aplique-se as normas do procedimento comum (art. 697, NCPC), observando o regramento legal constante do art. 335 e seguintes do NCPC;

ESPAÇO RESERVADO AO JUIZO DEPRECADO

DESPACHO:

A Dra *Dra.Ketleen Nicola Kilian*, Juiza de Direito, respondendo pelo CEJUSC da Comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, por designação legal, etc... **FAZ SABER** ao (à) Excelentíssimo (a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito, ou quem o(a) substituir, que dos autos da ação em epígrafe, foi extraída a presente Carta Precatória, a fim de que Vossa Excelência se digne ordenar a realização das diligências, nos termos e de acordo com a(s) peça(s) a esta anexada(s) e que desta mesma fica(m) fazendo parte integrante. Encareço ademais a devolução da presente no **prazo de 30 (TRINTA DIAS)**. CUMPRA-SE, NA FORMA E SOB AS PENAS DA LEI. DADO e PASSADO no Centro de Solução de Conflito e Cidadania – CEJUSC da Comarca de Senador Pompeu, aos 20 (vinte) dias do mês de fevereiro de 2019. eu, ____, Adriana de Fátima Maciel de Oliveira, Conciliadora/mediadora, o digitei, o subscrevo, conforme determinação da Portaria nº 01/2018.

Adriana de Fátima Maciel de Oliveira
Conciliadora/mediadora – CEJUSC
De Ordem do MM. Juiza de Direito em respondência Dra.Ketleen Nicola Kilian

Poder Judiciário **Malote Digital**

SECRETARIA DE VARA Fls. 46

Impresso em: 26/02/2019 às 09:29

RECIBO DE DOCUMENTO ENVIADO E NÃO LIDO

Código de rastreabilidade:	80620193893507
Documento:	6993-77.2018 A2.pdf
Remetente:	Comarca de Senador Pompeu - Vara Unica (Adriana de Fátima maciel de Oliveira)
Destinatário:	CAPITAL SERVIÇO DE CARTAS PRECATORIAS - SECAP (TJRJ)
Data de Envio:	26/02/2019 09:08:35
Assunto:	CITAR A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROSA DPVAT DA INICIAL , BEM COMO, INTIMÁ-LO A COMPARECER À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DIA 24/06/2019 ÀS 10:00HS CEJUSC SENADFOR POMPEU-CE

Código de rastreabilidade:	80620193893506
Documento:	3993-77.2018 A.pdf
Remetente:	Comarca de Senador Pompeu - Vara Unica (Adriana de Fátima maciel de Oliveira)
Destinatário:	CAPITAL SERVIÇO DE CARTAS PRECATORIAS - SECAP (TJRJ)
Data de Envio:	26/02/2019 09:08:35
Assunto:	CITAR A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROSA DPVAT DA INICIAL , BEM COMO, INTIMÁ-LO A COMPARECER À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DIA 24/06/2019 ÀS 10:00HS CEJUSC SENADFOR POMPEU-CE

Imprimir

Responder Responder a Todos Encaminhar

[Malote Digital] - LEITURA DE DOCUMENTO

SECRETARIA DE VARA
Fls. 44

sistemahermes@tjrj.jus.br

Para: Adriana de Fátima Maciel de Oliveira

terça-feira, 26 de fevereiro de 2019 13:41

Malote Digital
Informe de leitura de documento

Prezado(a) ADRIANA DE F♦TIMA MACIEL DE OLIVEIRA,

Informo que o documento "6993-77.2018 A2.pdf" com código de rastreabilidade 80620193893507 e enviado no dia 26/02/2019 pela Unidade Organizacional "Comarca de Senador Pompeu - Vara Unica" foi lido na data de 26/02/2019 por Rafaela Freires de Paiva.

Atenciosamente,
Equipe Malote Digital
Essa mensagem n♦o deve ser respondida.

Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem car♦ter confidencial e seu conte♦do ♦ restrito ao seu destinat♦rio. O sigilo desta mensagem ♦ protegido por lei. Se voc♦ a recebeu por engano, queira, por favor, notificar o remetente e apag♦-la de seus arquivos. Qualquer uso n♦o autorizado ou dissemina♦♦o desta mensagem ou de parte dela ♦ expressamente proibido.

SECRETARIA DE NAIA
Fl. 07

ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

OUTORGGANTE: José Ivo dos Santos Filho, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 2002753797-8 SSPDS-CE, inscrito no CPF/MF sob nº 061.798.593-63, com endereço Sítio Boqueirão Grande 01, Quixaxá, Senador Pompeu-CE.

OUTORGADO: ELIANE BARBOSA SILVA, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com clausula "*Ad-judicia Et Extra*", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os. conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juizo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvindicações 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 neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 11 de Setembro de 2017

JOSÉ IVO DOS SANTOS FILHO
Outorgante