SECRETARIA DE VARA
Fls. 02

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

COMARCA DE SENADOR POMPEU
6923-60.2018.8.06.0166

**CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, Técnica em Enfermagem, inscrito no cadastro de pessoa física CPF nº740.306.203-53, Residente e Domiciliada na Rua Padre Joacy Cavalcante,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 nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º 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**

A Autora foi vítima de um acidente de trânsito, no Sitio Inharé, Zona Rural, Senador Pompeu/CE, no referido acidente a autora sofreu fratura de punho esquerdo, em consequência do referido acidente ficou com **debilidades permanentes devido as graves lesões, com sequelas irreversíveis**, conforme vasta documentação médicos anexo à presente.

Acontece que a parte autora recebeu administrativamente apenas o valor de **R$2.362,50** (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) Quando deveria ter sido pago **R$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** corrigidos desde a data do evento danoso.

Destarte, constatada a debilidade, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, portanto, a autora faz a jus ao recebimento da quantia a

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Recebido hoje e protocolado sob o
nº 1291/18 /V13 F/S 19 Ás 17:51
26 de 04 de 20 18

AF
Encarregado(a) do Protocolo

título de complementação de **R$7.087,50**, corrigidos desde a data do evento danoso.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 03

## 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:

> 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

SECRETARIA DE VARA
Fls. 01

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.

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

SECRETARIA DE VARA Fls. 05

b) A condenação da Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT a parte Autora, a título de complementação no valor de **R$ R$7.087,50(sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** 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. 4°, da lei n° 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$ **R$7.087,50(sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**

Nestes termos, pede deferimento.

Senador Pompeu/CE, 20 de Abril de 2018.

ELIANE BARBOSA SILVA
ADVOGADA-OAB/CE 27940

SECRETARIA DE VARA
Fls. 06

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

NOME
CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
292703694 SSP CE

CPF
740.306.203-53

DATA NASCIMENTO
02/08/1974

FILIAÇÃO
CUSTODIO JOSE DE OLIVEIRA
CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
03907103569

VALIDADE
12/06/2019

Nº PERMISSÃO
05/08/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
972756346

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Cristiane Moreira de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
05/08/2014

IGOR VASCONCELOS PORTO
ASSINATURA DO EMISSOR

82858816861
CE142368628

DETRAN-CE (CEARÁ)

PROIBIDO PLASTIFICAR
972756346

SECRETARIA DE VARA
Fls. 07

**ELIANE SILVA**
**Advocacia**

## PROCURAÇÃO

**OUTORGGANTE:** Cristiane Moreira de Oliveira, brasileira, solteira, técnica de enfermagem, portadora da cédula de identidade nº 9997036.99 SSP.CE, inscrito no CPF/MF sob nº 7240.306.903-53, com endereço Rua Pde. Sancy Cavalcante, 366, 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, 12 de Setembro de 2017

Cristiane Moreira de Oliveira
Outorgante

SECRETARIA DE VARA
Fls. 08

# DECLARAÇÃO
## (LEI Nº 1.060/50)

Eu Cristiane Moreira de Oliveira,
Profissão Técnica de Enfermagem,
CPF: 740.306.203-53, RG: 9997036 94, residente e domiciliado(a) à Rua Pde. Sacy Cavalcante, 366
Bairro: _____ 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, 12 de 09 2017

Cristiane Moreira de Oliveira
DECLARANTE

Nº DO CLIENTE
86652-0

de 26 de abril de 2002.

coelce

Rua Padre Valdevino, 190
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

SECRETARIA DE VARA
Fls. 09

Rota 12 14000 05 155750 - 7 Data de Emissão 19/08/2016

Nome CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA
End. Postal PE JOACY CAVALCANTE 00366
- SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 14230446 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 518908953-34 CGF
Nome do Responsável

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|---|---|---|
| Ago/2016 | 19/08/2016 | 20/09/2016 |

Veja a legenda ... SENADOR POMPEU
Conjunto Jun/2016 EUED 27,06
Mês DICRI= 0,00 P

| Base de Cálculo (R$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|---|---|---|
| 117,34 | 27,00% | 31,68 |

| | Padrão Individual Mensal | Trim. | Anual | Apuração Individual Mensal | Trim. | Anual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIC | 5,43 | 10,86 | 21,73 | 0,00 | 0,13 | 0,30 |
| FIC | 8,36 | 6,72 | 13,45 | 0,00 | 1,00 | 0,00 |
| DMIC | 3,11 | | | 0,00 | | |

4084.C443.EEEE.BBB9.B936.E4CF.68AE.83C4

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R$/kWh) | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16923 | 16748 | 1,00 | 175 | 0,00 | 30 | 0,23468 | 7,04 |
| | | | | | 70 | 0,48232 | 28,16 |
| | | | | | 75 | 0,60349 | 45,26 |
| 19/08/16 | 19/07/16 | | 31 DIAS | | 175 | | 80,46 |

| | |
|---|---|
| VALOR CONSUMO DO MES | 80,46 |
| ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 | 9,96 |
| MULTA MORATORIA REF 05/2016 | 2,10 |
| JUROS DO MES | 0,23 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 20,20 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 1,25 |

19/09/2016 TOTAL A 114,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|---|---|
| Energia | 36,19 |
| Transmissão | 0,98 |
| Distribuição | 12,61 |
| Encargos Setoriais | 6,33 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 35,64 |
| TOTAL | 91,67 |

| MED | Ago | Jul | Jun | Mai | Abr | Mar | Fev | Jan | Dez | Nov | Out | Set |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 179 | 175 | 187 | 181 | 194 | 176 | 170 | 189 | 214 | 162 | 180 | 171 | 152 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através da Ecoelce.

| Emitido kg(CO2) | Compensado kg(CO2) | Consciência Ecológica (% CO2) |
|---|---|---|
| 75,64 | 0,00 | 0 ... 100 |

informações importantes e avisos de vencimento

Consta desta fatura R$ 3,96 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03

Nº do Cliente: 86652-0
Data de Emissão: 19/08/2016
Nº da Nota Fiscal: 443057141
Referência: Ago/2016
Total a Pagar (R$): 114,20
Nº de Controle: 0000086652 00504 39362 77

83840000001-4 14200031000-1 00000866520-6 05043936207-1

SECRETARIA DE VARA
Fls. 10

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Cristiane Moreira de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Téc. de Enfermagem, natural de Senador Pompeu, estado Ceará nascido aos 09 / 08 / 1974, filho de Custódio José de Oliveira e Cristina Moreira de Oliveira, portador(a) do RG nº 9997036-94 Órgão Expedidor SSP-CE, CPF nº 740.306.903-53, **DECLARO** conforme artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço: Rua Pde. Sancy Cavalcante, 366, 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., 12 de Setembro de 2017.

Cristiane Moreira de Oliveira
**DECLARANTE**

# NISTRO 3160709031 - Resultado de consulta por beneficiário

SECRETARIA DE VARA
fls. 11

**VÍTIMA** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
**COBERTURA** Invalidez
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
**BENEFICIÁRIO** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
**CPF/CNPJ:** 74030620353

**Posição em 15-12-2016 21:12:05**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R$ 2.362,50

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 |
|---|---|---|---|
| 16/12/2016 | R$ 2.362,50 | R$ 0,00 | R$ 2.362,50 |

CADASTRO PROEVO Nº ACERTA (GLEICY)

SECRETARIA DE VARA Fls. 12

# FICHA DE REGULAÇÃO DE INVALIDEZ E ÓBITO

## PARCEIRO: PINHEIRO CELSO-CE - - / OUTRAS

SINISTRO DPVAT: PROCESSO: **55185** ASP:

SINISTRADO: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA** CODIGO: **1 - PASSAGEIRO**

DATA DO NASCIMENTO: **02/08/1974** CPF DO SINISTRADO: **740.306.203-53**

NATUREZA: **Invalidez**

DATA DO SINISTRO: **29/06/2016** HORA: **18:20:00**

PLACA: **OSS-9660 / CE** CAT: **9 - MOTO** BOLETIM: **551-1359/2016**

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

L. DO FATO: **SENADOR POMPEU** UF DO FATO: **CE** COMUNICACAO: **12/07/2016**

NOME: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA** CPF: **740.306.203-53**

BANCO: **237 - Banco Bradesco S.A.** AGENCIA: **0722-6** TP CONTA: **CORRENTE** CONTA: **1593-8**

ENDERECO: **RUA: PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366 - CENTRO - 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: **07/10/2016**

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: **15/11/2016** 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

SECRETARIA DE VARA
Fls. 13

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1359 / 2016**

***Dados da Ocorrência***

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/07/2016 09:35:11**
Data / Hora da Ocorrência: **29/06/2016 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO INHARE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

***Dados da(s) Vítima(s)***

Nome: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **02/08/1974** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA**
**CUSTODIO JOSÉ DE OLIVEIRA**
Endereço: **RUA PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366**
Bairro: **ALTO DA ESPERANÇA** CEP:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

***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 na garupa da motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano de fabricação/modelo 2014/2014 cor BRANCA, placa OSS-9660 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2KD0550ER221078 licenciada em seu nome; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome José Luciano Lopes do Nascimento, nascido aos 07/08/1983, portador da CNH nº 04675352732, filho de José Costa do Nascimento e de Rita Lopes do Nascimento, perdeu o controle do referido veículo momento em que colidiu com um animal (burro), vindo caírem 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 fratura de punho esquerdo; 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 Escrivã de Polícia Civil Mat. 300030-1-2

**DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Cristiane Moreira de Oliveira

SECRETARIA DE VARA
Fls. 14

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1359 / 2016**

**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____

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

Prova do ato declaratório

SECRETARIA DE VARA
Fls. 15

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU**

Nome do Paciente: Cristiane Moreira de Oliveira — D.N. 02/08/74

| Profissão | Idade | Cor | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Nac. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Téc. de enfermagem | 41a | PD | F | Solteira | Sen. Pompeu | Bras. |

Residência: R: Pe. Joacir Cavalcante, 366 - Alto da Esperança

Pai: Custódio José de Oliveira

Mãe: Cristina Moreira de Oliveira

Responsável: a mesma — Telefone:

**O Paciente chegou ao hospital**

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

Atendimento — Data: 29/06/16 — Hora: 19:20

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

**Queixa principal e Resumo da Doença Atual**

Paciente vítima de acidente automobilístico evoluiu com dor, edema e dificuldade de movimentos punho esquerdo, escoriação em região cervical esquerda, dor em pé esquerdo

**DADOS CLÍNICOS**

| PRESSÃO ARTERIAL | | PULSO | TEMPERATURA | | PESO |
|---|---|---|---|---|---|
| MAX | MIN | | AUXILIAR | RETAL | |
| 110 | 80 | | | | |

**DIAGNÓSTICO**
- Acidente Automobilístico
- Fratura Ulna

**TRATAMENTO:**

1) Dipirona 1FA + IM, G 19:30
2) Cefuroxima 500mg 1FA + ~~Ampol~~ SF 0,9% 100ml ~~19:50~~
3) Tramal 50mg 1FA + soro fisiológico 100ml (SIN) SN.
4) Observação
5) Radiografia punho esquerdo
6) TALA GESSADA

**DESTINO DADO AO PACIENTE**

- [x] Residência — Saída 7:00h
- [ ] Internado
- [x] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

Medicação Administrada por: NO

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico: CARLOS ALBERTO CARVALHO CRM 10.2.0 CRM 10.2.0

SECRETARIA DE VARA
Fls. 16

# FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU**

Nome do Paciente: Cristiane Moreira de Oliveira — D.N. 02/08/74

| Profissão | Idade | Cor | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Nac. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Téc. de enfermagem | 41a | PD | F | Solteira | Sen. Pompeu | Bras. |

Residência: R: Pe. Joacir Cavalcante, 366 - alto da Esperança

Pai: Custódio José de Oliveira

Mãe: Cristina Moreira de Oliveira

Responsável: a mesma — Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

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

Atendimento — Data: 29/06/16 — Hora: 19:20

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima ~~30~~ acidente automobilístico queixa-se com dor, edema e dificuldade de movimentos punho esquerdo, escoriações em membro superior esquerdo, dor em pé esquerdo.

DADOS CLÍNICOS

| PRESSÃO ARTERIAL | | PULSO | TEMPERATURA | | PESO |
|---|---|---|---|---|---|
| MÁX | MIN | | AUXILIAR | RETAL | |
| 110 | 80 | | | | |

DIAGNÓSTICO
- Acidente Automobilístico
- Fratura Ulna

TRATAMENTO:
1) Dipirona 1F+AM, G 19:30
2) Cefalosporina 1g 1F+ ~~AMPL~~ SF 20ml, G 19:30
3) Tramal 1g 1F+ 100ml SF 0,9%, EV, (SIN) SN.
4) Observação
5) Radiografia punho esquerdo
6) TALA GESSADA

DESTINO DADO AO PACIENTE
Saída 7:00hs.

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

Medicação Administrada por: NO

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

SECRETARIA DE VARA
Fls. 17

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
*Secretaria de Saúde e Saneamento*
*Sistema Único de Saúde*

Senador Pompeu

# ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA recebeu atendimento médico em: 30/06/16 com diagnóstico de: Fratura

CID: S52.0

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 10 (DEZ) dias de licença do trabalho, a parti da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 30/06/2016.

Dr. Antonio Gaspar do Vale Neto
Médico
CREMEC 15.686

MÉDICO/CRM

COD. 1044

SECRETARIA DE VARA
Fls. 18

# Dr. Fco Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Atestado Médico

Atesto que Cristiane Moreira de Oliveira encontra-se em acompanhamento por CID S52.6, necessitando de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades laborais

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

07/07/16

CLÍNICA E CIRURGIA - TRAUMATOLOGIA GERAL - ORTOPEDIA DO TECNO
ORTOPEDIA GRANDE E DE ADULTO - MEDICINA DE ESPORTE

SECRETARIA DE VARA
Fls. 19

# Dr. Fco Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Cristiane Moreira de Oliveira

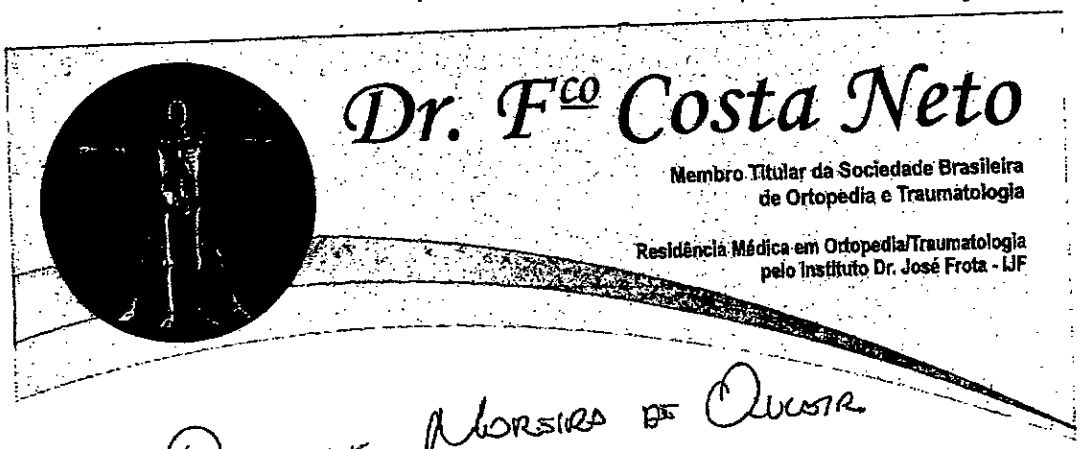
Algina C 1000 ——— 01 cp

01 cp VO 12/12h

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 12254 TEOT: 14744

07.07.16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE



SECRETARIA DE VARA
Fls 20

# Dr. Fco Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Cristiane Moreira de Oliveira

Raio X do Punho (E) AP
P

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SECRETARIA DE VARA
Fls. 21

# Dr. Fco Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia pelo Instituto Dr. José Frota - UF

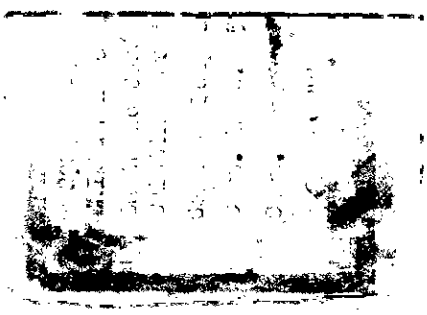
P/ CRISTIANO MOREIRA DE OLIVEIRA

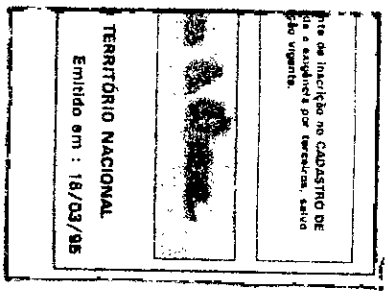
GESSO TIPO LUVA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR 3 SEMANAS.

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

070316

- CLÍNICA E CIRURGIA
- TRAUMATOLOGIA GERAL
- ORTOPEDIA DO IDOSO
- ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO
- MEDICINA DO ESPORTE





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE Nº 012261142635
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
|---|---|---|---|
| PPT 01 | 01155177069 | 0000000000 | 2015 |

NOME
CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
**********
**********
SENADOR POMPEU /CE

| CPF / CNPJ | PLACA |
|---|---|
| 74030620353 | OSS9660/CE |

| PLACA ANT / UF | CHASSI |
|---|---|
| /CE | 9C2KD0550ER221078 |

| ESPÉCIE / TIPO | COMBUSTÍVEL |
|---|---|
| PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. | GASOL/ALCO |

| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
|---|---|---|
| HONDA/NXR150 BROS ES | 2014 | 2014 |

| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
|---|---|---|
| 2P/OCV/149CC | PARTIC | BRANCA |

IPVA

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

| FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS |
|---|---|
| ******** | ********,** |

| PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO |
|---|---|---|---|
| SEG | RO | O BRIGATO | ******** |

OBSERVAÇÕES
**********
**********
**********

| LOCAL | DATA |
|---|---|
| SENADOR POMPEU | 08/12/2015 |

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUJO PAGAMENTO CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS SEGUNDO SEGURO DPVAT

CE Nº 012261142635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
|---|---|
| 2015 | 08/12/2015 |

| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
|---|---|---|
| 01 | 74030620353 | OSS9660 |

| RENAVAM | MARCA / MODELO |
|---|---|
| 01155177069 | HONDA/NXR150 BROS ES |

| ANO FAB. | CIL/TIPO | Nº CHASSI |
|---|---|---|
| 2014 | 09 | 9C2KD0550ER221078 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| PRÊMIO (R$) | DEMAIS (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 127,04 | 14,34 | 143,38 |

| CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SEGURO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 4,15 | 1,11 | 292,01 |

| PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO |
|---|---|
| X COTA ÚNICA / PARCELADO | 07/12/2015 |

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

MOTOR: KD05E5E221078 04429

SECRETARIA DE VARA
Fls. 22

Vítima, proprietária do veículo

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

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 722-6 / 1593-8

Banco: 237-BANCO BRADESCO SA

Valor a ser transferido:

Tarifa de emissão de DOC:

Valor total a ser debitado:

Destinatário: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ destinatário: 740.308.203-53

Finalidade: 09-Outros

SECRETARIA DE ...

SECRETARIA DE VARA
Fls. 29

SECRETARIA DE VARA
Fls. 50

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cristiane Moreira de Oliveira,

RG nº 8997036.94, data de expedição 06/12/94, Órgão SSP.CE,

CPF nº 740.306.203-53, 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) | Rua Ale. Sancin Cavalcante, |
| Número | 366. |
| Apto / Complemento | — " — |
| Bairro | Centro |
| 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-Ce 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Cristiane Moreira de Oliveira

Nº do Cliente: 86652-0
Data de Emissão: 19/08/2016
Nº da Nota Fiscal: 443057141
Total a Pagar (R$): 114,20
Nº de Controle: 0000086652 00504 39362 77

83840000001-4 14200031000-1 00000866520-6 05043936207-1

SECRETARIA DE VAR... Fls 23

## INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO:

ESTE DOCUMENTO POSSUI DOIS EXTRATOS PARA PAGAMENTO, REFERENTES AO: (1) LICENCIAMENTO DO VEÍCULO E (2) SEGURO OBRIGATÓRIO, DEVENDO SER PAGO OS DOIS EXTRATOS PARA PLENA REGULARIZAÇÃO DO VEÍCULO.

**INTERIOR**

**2015**

## EXTRATO DE LICENCIAMENTO

Documento de Arrecadação

Nº Doc. 1.50017749-8

Vencimento:10/12/2015

Placa: OSS9660 | Exercício: 2015 | Folhas(s): 1/1

| Órgão | Taxa de Licenciamento / Multas | Cód. | Nº AIT | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | TAXA DE LICENCIAMENTO 2015 | 201 | | 53,42 |
| | TAXA DE POSTAGEM DE DOCUMENTOS [CRLV] 2015 | 275 | | 10,01 |

Taxa de Licenciamento (R$): 63,43 | Multas (R$): 0,00 | Lic. + Multas (R$): 63,43

Autenticação Licenciamento

## EXTRATO DO SEGURO OBRIGATÓRIO

Seguro Obrigatório Danos Pessoais

Nome: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA | CPF/CGC: 740.306.203-53 | Placa: OSS9660

Exercício: 2015 | Prêmio Líquido: 290,90 | IOF (0,38%): 1,11 | Cód. Seguro: 09 | Prêmio Total (R$): 292,01

Autenticação Seguro Obrigatório

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda feira a sábado, A

341 696624587 2

07/Dez/2015 HORA DE 12:29:08

LOT. 05.05816 9 TERM 00[illegible]

LOCALIDADE: SENADOR POMPEU

AG. VINCULADA: 0754

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

DEPART ESTADUAL DE TRANSITO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 63,43

8668000[illegible] 63430[illegible]

82015121[illegible] 00177498000[illegible]

341 696624587 2

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda feira a sábado, A

341 696624585 6

07/Dez/2015 HORA DE 12:29:08

LOT. 05.05816 9 TERM 00[illegible]

LOCALIDADE: SENADOR POMPEU

AG. VINCULADA: 0754

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

DPVAT SEGURO OBRIGATORIO

VALOR DO PAGAMENTO: 292,01

8666000000024 820109248608

800115517701 699021115067

341 696624585 6

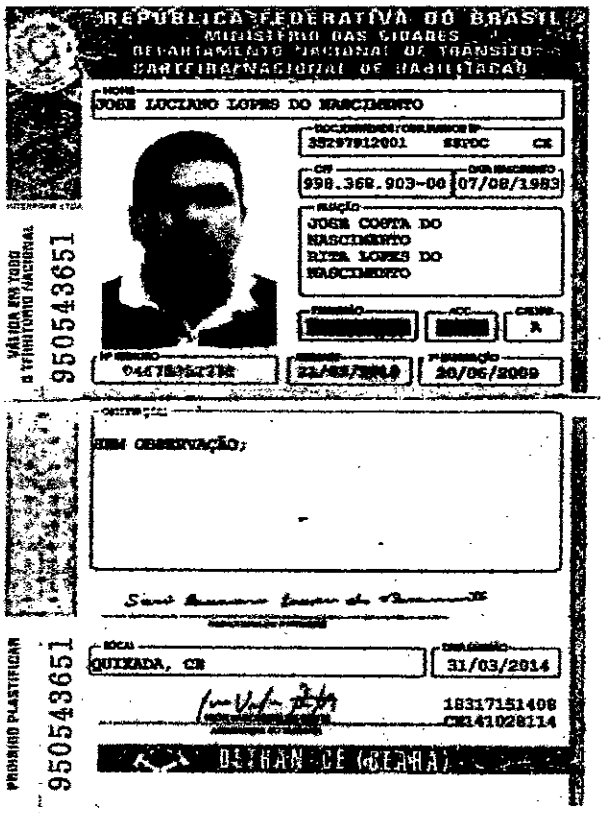
VIA DO CLIENTE

SECRETARIA DE VARA

Fls. 24

* Conduzia o veículo no acidente.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 25



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
950543651

NOME
JOSE LUCIANO LOPES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
35297912001 SSPDC CE

CPF
998.368.903-00

DATA NASCIMENTO
07/08/1983

FILIAÇÃO
JOSE COSTA DO NASCIMENTO
RITA LOPES DO NASCIMENTO

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
[illegible]

DATA
[illegible]

Nº DESTINAÇÃO
20/06/2009

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

[illegible]

PROIBIDO PLASTIFICAR
950543651

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
31/03/2014

[illegible]

18317151408
CE141028114

DETRAN-CE (BEARA)

SECRETARIA DE VARA
Fls. 26

Declaração

Eu, Cristiane Moreira de Oliveira, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 29/06/16 fui socorrido por populares
Telefone: ( ) _____ e levado ao hospital: Maternidade 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 Canedo UF: GO Data: 15/09/16

Cristiane Moreira de Oliveira

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Cristiane Moreira de Oliveira,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2997036-94 EXPEDIDO POR SSP. CE EM 06 / 12 / 94 E
CPF 740306903-53 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO TEC. DE ENFERMAGEM
E RENDA MENSAL DE R$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cristiane Moreira de Oliveira, 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0722-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1593-8

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. Pompeu, 15 de fevereiro de 2016 — Cristiane Moreira de Oliveira
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.

**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: | 722-6 / 1593-8 |
| Banco: | 237-BANCO BRADESCO S/A |
| Valor a ser transferido: | |
| Tarifa de emissão de DOC: | |
| Valor total a ser debitado: | |
| Destinatário: | CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA |
| CPF/CNPJ destinatário: | 740.306.203-53 |
| Finalidade: | 99-Outros |

SECRETARIA DE VARA
Fls. 28

SECRETARIA DE VARA
Fls. 29

SECRETARIA DE VARA
Fls. 30

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cristiane Moreira de Oliveira,

RG nº 8997036 94, data de expedição 06/12/94, Órgão SSP-CE,

CPF nº 740.306.203-53, 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) | Rua Ale. Sancin Cavalcante, |
| Número | 366. |
| Apto / Complemento | — " — |
| Bairro | Centro |
| 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-CE 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Cristiane Moreira de Oliveira

Nº do Cliente: 86652-0
Data de Emissão: 19/08/2016
Nº da Nota Fiscal: 443057141
Total a Pagar (R$): 114,20
Nº de Controle: 0000086652 00504 39362 77

83840000001-4 14200031000-1 00000866520-6 05043936207-1

**DATA**

Nesta data recebi os presentes autos.
Senador Pompeu, 02/05/2018.

**Jacqueline Frota de Sá Carneiro**
**Supervisora de Secretaria**

SECRETARIA DE VARA
Fls. 31

**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 7427/2018, no Livro de Registros de Feitos Cíveis nº 04 desta Secretaria de Vara Única.
Senador Pompeu, 02/05/2018.

**Jacqueline Frota de Sá Carneiro**
**Supervisora de Secretaria**

**CONCLUSÃO**

Nesta data faço estes autos conclusos ao MM. Juiz de Direito, 02/05/2018.

**Jacqueline Frota de Sá Carneiro**
**Supervisora de Secretaria**

SECRETARIA DE VARA
Fls. 32
1083

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

**PROCESSO Nº 6923-60.2018.8.06.0166/0**
**AUTOR:(A)(ES): CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**
**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

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

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

SECRETARIA DE VARA
Fls. 34

**Processo n. 6923-60.2018.06.0166/0**
**Ação: COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO- DPVAT**
**Pvte: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**
**Pvdo: SEGURADORA LIDER DE CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A**

# CERTIDÃO

Certifico haver designado **audiência de Conciliação para o dia 23/08/2019 às 09:15hs.**
O referido é verdade e dou fé.
Senador Pompeu/CE, 28/02/2019

Adriana de Fátima Maciel de Oliveira
Conciliadora

ciente em
20-03-19

Eliane Barbosa Silva
ADVOGADA
OAB/CE 27940

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. 7

**CARTA PRECATÓRIA CÍVEL** ISENTA DE CUSTAS

**Processo Nº 6923-60.2018 .8.06.0166**
**Ação: COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT**
**Requerente: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**
**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. 32/33, cujas cópias seguem anexas, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, para **comparecer à audiência de conciliação designada** para o **dia 23/08/2019, às 09:15hs, 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:

O Dr. Adriano Ribeiro Furtado Barbosa, Juiz 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 28 (vinte e oito) 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. Juiz de Direito em respondência Dr. Adriano Ribeiro Furtado Barbosa*

SELO DE AUTENTICIDADE
VÁLIDO SOMENTE

SECRETARIA DE VARA
Fls. 38

Poder Judiciário **Malote Digital**

**Impresso em:** 08/03/2019 às 13:54

**RECIBO DE DOCUMENTO ENVIADO E NÃO LIDO**

| | |
|---|---|
| **Código de rastreabilidade:** | 80620193913400 |
| **Documento:** | CP 6923-60.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:** | 08/03/2019 13:52:32 |
| **Assunto:** | CITAR A SEGURADORA LIDER DA INICIAL BEM COMO INTIMÁ-LA À COMPARECER AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO NO CEJUSC DE SENADOR POMPEU DIA 23/08/19 ÀS 09:15HS. |

Imprimir

Responder Responder a Todos Encaminhar

# [Malote Digital] - LEITURA DE DOCUMENTO

SECRETARIA DE VARA
Fls 37

sistemahermes@tjrj.jus.br

**Para:** Adriana de Fátima Maciel de Oliveira

domingo, 24 de março de 2019 22:25

**Malote Digital**
**Informe de leitura de documento**

**Prezado(a) ADRIANA DE F►TIMA MACIEL DE OLIVEIRA,**

Informo que o documento "CP 6923-60.pdf" com código de rastreabilidade 80620193913400 e enviado no dia 08/03/2019 pela Unidade Organizacional "Comarca de Senador Pompeu - Vara Unica" foi lido na data de 08/03/2019 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.

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.

Expedientes necessários.

Senador Pompeu/CE, 08 / 06 / 2018.

SECRETARIA DE VARA
Fls. 33

**WILDEMBERG FERREIRA DE SOUSA**
Juiz de Direito Titular