

São Benedito / Vara Única da Comarca de São Benedito



0001228-03.2019.8.06.0163

JUSTIÇA GRATUITA

Classe : Procedimento Comum  
Assunto principal : Seguro  
Competência : Cível Interior  
Valor da ação : R\$ 9.450,00  
Volume : 1  
Requerente : Vera Lucia Dias de Carvalho  
Requerido : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro  
DPVAT  
Distribuição : Sorteio - 07/02/2019 08:38:26

*Citação*

**Va**  
Vara Única



**NEGREIROS**  
advocacia



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE SÃO BENEDITO  
ESTADO DO CEARÁ.

1228-03.2019

**VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**, brasileira, solteira, comerciar, portadora do RG nº 98098082026 SSP/CE, inscrita no CPF sob o nº 917.158.223-15, residente e domiciliada no BC do Corrente nº 96, Bairro corrente, São Benedito/CE, CEP 62.370-000, por intermédio de sua advogada ao final assinado, constituídos nos termos da procuração anexa, com endereço profissional constante no timbre, onde em atendimento à diretriz do Art. 77, inciso V, do Código de Processo Civil, indica para as intimações necessárias, vem à presença de Vossa Excelência com súpero acato e o merecido respeito, com arrimo no Art. 5º, XXXV e Art. 97 ambos da Constituição Federal, na Lei n.º 6.194/74 c/c art. 100, I da Lei 8.078/90 (Código Defesa Consumidor) propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA**

em face de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado regularmente conveniada junto à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, sob o Código FIP nº. 03271, CNPJ nº. 09.248.608/0001-04, com endereço na RUA DA ASSEMBLEIA, 100, 26º ANDAR - CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011904, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos:

(85)9.9666 6848

✉ fabiana@negreirosadvogados.com.br

📍 Rua Francisco Segundo da Costa, nº 107 Sala 08 | Edson Quelroz | Cep: 60.811-650

**CERTIDÃO**

Certifico que REGISTREI a presente ação  
sob o nº 364119, do livro nº 05  
da Secretaria

São Benedito-CE 06 de 02 de 19

  
Diretor(a) de Secretaria

*ap.*





PRELIMINARMENTE

• **Dos benefícios da Justiça Gratuita**

A requerente pleiteia os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurado pela Lei 1060/50, pois não pode arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de seu sustento, conforme declaração em anexo.

**1 - DOS FATOS**

A requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **25/05/2017**, por volta das 16h20, enquanto trafegava na motocicleta de placa HYQ-9709, quando ao tentar desviar de um pedestre perdeu o controle do veículo e caiu; conforme prova Boletim de Ocorrência nº 547-1682/2017, registrado na Delegacia de Polícia Civil de São Benedito/CE, cuja cópia segue em anexo.

Após o fato, foi socorrida para um hospital local, tendo em vista que em consequência do acidente sofreu **TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**. Lesão que lhe gerou graves sequelas e invalidez permanente.

Diante de tal circunstância, a requerente se tornou beneficiária da indenização por invalidez permanente prevista no Art. 3º da Lei 6.194/74, que trata do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT e ingressou junto a seguradora requerida com pedido administrativo.

O requerente, **DE FORMA TEMPESTIVA EM 20/12/2017**, acionou administrativamente a seguradora/Requerida a fim de receber o benefício do Seguro Obrigatório – DPVAT em virtude das sequelas deixadas pelo acidente que sofreu.

Ocorre, que até a presente data não teve seu direito satisfeito, visto que a Seguradora negou o pedido no processo administrativo Nº **3180001428** alegando o seguinte: **"PROCESSO NEGADO JUNTO A SEGURADORA LÍDER. SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA VÁLIDA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS PERMANENTES INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE"**. Cumpre ressaltar, que foi entregue, por parte da requerente, documentação médico-hospitalar, comprovando lesão e invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico, Boletim de Ocorrência, dessa forma, encontra-se descabida a negativa do pedido no processo administrativo.

Respeitamos o zelo com o qual a Requerida trata seus processos administrativos, primando pela excelência e extirpando o mau uso do instituto do DPVAT. Entretanto, pedimos vênia para, de forma contundente, discordar das exigências feitas no caso em tela, posto que são completamente absurdas, descabidas e não merecem prosperar.

A Requerente suplica ao Judiciário a Tutela Jurisdicional que faça a requerida cumprir com sua obrigação, qual seja, pagar o requerente, com base na tabela de indenizações do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo o autor se enquadra, a



soma dos segmentos afetados chega a importância equivalente a **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, conforme determina o Art. 3º, II da Lei 6.194/74 incluído pela Lei 11.482 de 2007, **ACRESCIDOS DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA COM BASE NA SUMULA 580 DO STJ.**

## 2. DO DIREITO

### 2.1 - A INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE NO SEGURO DPVAT

A indenização a ser paga em decorrência do evento invalidez permanente coberto pelo Seguro Obrigatório de veículos deveria estar em conformidade com o que determina o artigo 3º, o inciso II da Lei 6.194/74, que não foi respeitado, uma vez que o pedido foi negado.

Destarte, é irrefutável o direito do Requerente em pleitear o recebimento da quantia legalmente estabelecida - **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**.

Ressalte-se que a autora sofreu lesões que lhe causaram invalidez permanente, conforme testifica o laudo médico anexo, as quais foram **TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO**.

Desta feita, o requerente vem a juízo litigar pelo pagamento de sua indenização **ACRESCIDA DE CORREÇÃO MONETÁRIA COM FITO NO IGPM E JUROS DE MORA DESDE A NEGATIVA DO PAGAMENTO**.

### 2.2 - DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT

A Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974, em seu art. 5º, § 1º, alínea "a" com redação determinada pela Lei 8.441 de 13 de julho de 1992, estabelece a relação de documentos necessários para o recebimento do seguro obrigatório:

**Art. 5º 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. (grifo nosso)

...

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.





§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992) (grifo nosso)

No caso em tela, é necessário apenas apresentação do registro da ocorrência no órgão policial e laudo médico competente, o que foi devidamente apresentado à requerida no processo administrativo. (docs. anexos)

SENDO ASSIM, NÃO HÁ NECESSIDADE ALGUMA DA REQUERIDA SOLICITAR QUAISQUER TIPO DE DOCUMENTO QUE NÃO ESTEJA PREVISTO EM LEI, POIS COM A VASTA DOCUMENTAÇÃO PROVANDO A INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO HÁ MOTIVO PLAUSÍVEL PARA A NEGATIVA DA REQUERIDA OU PARA SOLICITAR QUALQUER OUTRO TIPO DE DOCUMENTO QUE NÃO ESTEJA PREVISTO NA LEGISLAÇÃO, APENAS HOUVE MÁ VONTADE E EXCESSO DE ZELO PARA COM O PROCEDIMENTO, O QUE NA REALIDADE VEM A RETARDAR O PAGAMENTO JUNTO E DEVIDO, TORNANDO-SE UM FLAGRANTE DESRESPEITO AO DIREITO DA REQUERENTE, ALÉM DA ILEGALIDADE QUE DEVE SER COIBIDA PELO PODER JUDICIÁRIO.

### **3 - DA CONTAGEM DOS JUROS MORATÓRIOS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Os juros moratórios, na presente ação, devem ser contados a partir da data em que restou configurada a mora por parte da Seguradora/Requerida.

No entanto, a correção monetária medida pelo IGPM e juros de 1 % a.m. nos termos art. 406 do Código Civil Brasileiro a partir do dia **25/05/2017**, conforme jurisprudência transcrita abaixo:

**EMENTA:** EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. RECEBIDOS COMO AGRAVO REGIMENTAL. PRINCÍPIO DA FUNGIBILIDADE. SEGURO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO. EVENTO DANOSO. JULGAMENTO SOB O RITO DOS REPETITIVOS. NÃO PROVIMENTO. 1. Em homenagem aos princípios da economia processual e da fungibilidade, devem ser recebidos como agravo regimental os embargos de declaração que contenham exclusivo intuito infringente. 2. "Para os fins do art. 543-C do CPC: A incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso. (...) (REsp1483620/SC, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 27/5/2015, DJe 2/6/2015)". 3. Agravo regimental a que se nega provimento. (EDcl no REsp





1479744 / SC. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. 2014/0228696-0. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI (1145). T4 - QUARTA TURMA. 04/08/2015. DJe 10/08/2015)

E ainda, no mesmo entendimento temos a SUMULA 580 do STJ;

**SÚMULA 580-STJ: A CORREÇÃO MONETÁRIA NAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DPVAT POR MORTE OU INVALIDEZ, PREVISTA NO § 7º DO ART. 5º DA LEI Nº 6.194/1974, REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 11.482/2007, INCIDE DESDE A DATA DO EVENTO DANOSO. STJ. 2ª Seção. Aprovada em 14/09/2016, DJe 19/09/2016 (Info 590). (grifos nossos)**

#### 4 - DOS PEDIDOS

Em face do exposto, requer-se que V. Exa. se digne a:

- a) A concessão da Justiça Gratuita ao requerente, com base na Lei 1.060/50, por não poder arcar com as custas processuais e honorários, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.
- b) Requer que seja dispensada a audiência de conciliação ou mediação, tendo em vista a imprescindibilidade de realização de perícia médica para o deslinde da causa, nos termos do art. 319, VII, CPC;
- c) Determinar a citação da Requerida, por carta, para, querendo, responder à presente ação no prazo legal sob penas de confesso e revelia;
- d) Requer-se a condenação da requerida no montante de corresponde à R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), visto que a própria tabela indica que lesões em órgãos e estruturas crânio-faciais equivalem a 100% do valor total do seguro. Tudo acrescido de juros de 1% ao mês e correção monetária com fito no IGPM, incidindo desde o pagamento parcial, além das custas processuais e honorários de 20% sobre o valor da condenação nos termos do artigo 85 do CPC.
- e) Requer, ainda, a inversão do ônus da prova, por se tratar de uma relação de consumo, presentes as características de verossimilhança e hipossuficiência do consumidos (Lei 8.078/90, Art. 6º, VIII).
- f) Protesta, se necessário, provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, notadamente: depoimento pessoal, testemunhal, juntada ulterior de novos documentos, perícia, tudo desde logo requerido, caso não atendida à súplica de julgamento antecipado da lide.
- h) Requer que todas as intimações e/ou notificações em nome do Requerido, sejam realizadas em nome de sua advogada **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO OAB/CE 35.010**, sob pena de nulidade.



**NEGREIROS**  
advocacia



Atribui-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), para efeitos fiscais.

Nestes Termos,

Pede e Espera deferimento.

Fortaleza/CE, 21 de JANEIRO de 2018.

**FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**

ADVOGADA

OAB/CE 35.010

(85)9.9666 6848

✉ fabiana@negreirosadvogados.com.br

📍 Rua Francisco Segundo da Costa, nº 107 Sala 08 | Edson Queiroz | Cep: 60.811-650





## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

### OUTORGANTE:

|                                    |                                       |                                            |                 |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO. |                                       | Nacionalidade: BRASILEIRA                  |                 |
| Estado Civil: SOLTEIRA             | Profissão: COMERCIAL                  | Carteira de Identidade: 98098082026 SSP/CE |                 |
| CPF nº: 917.158.223-15             | Residência: BC DO CORRENTE, Nº 00096. |                                            |                 |
| Bairro: CORRENTE                   | Cidade: SÃO BENEDITO                  | Estado: CEARÁ                              | CEP: 62.370-000 |

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DRA. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileira, solteira, advogada, RG nº 2005028073284 SSP/CE, CPF 046.013.703-45, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.010; com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Tabajara, nº 247, sala 06, altos, centro - São Benedito/Ceará - CEP 62.370-000, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

São Benedito (CE), 10, de MAIO de 2018.

Vera Lucia Dias de Carvalho

OUTORGANTE

Obs.



|                                    |                                     |                           |                 |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO. |                                     |                           |                 |
| Estado Civil: SOLTEIRA             | Profissão: COMERCIAL                | Nacionalidade: BRASILEIRA |                 |
| CPF nº : 917.158.223-15            | Residência : BC DO CORRENTE, Nº 96. |                           |                 |
| Bairro: CORRENTE                   | Cidade: SÃO BENEDITO.               | Estado: CEARÁ             | CEP: 62.370-000 |

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

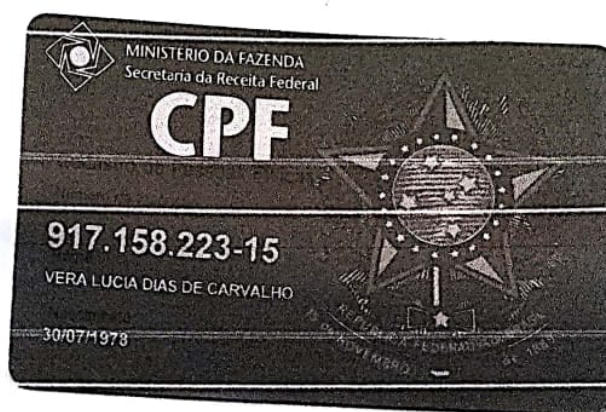
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

São Benedito (CE), 10 de MAIO de 2018:

Vera Lucia Dias de Carvalho











Esta é a segunda via de  
**SET/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**3152882** DV **1**

VENCIMENTO  
**20/09/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **541086521**  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 08 031000 13 02500  
Nome VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO Medidor 2110242 Poste 0000 0  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora BC DO CORRENTE 00096 CORRENTE SAO BENEDITO 62370000

RG / CPF / CNPJ 917.158.223-15 CGF  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado  
FP 9760 9685 1 75 0 75

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura  
13/09/2018 15/10/2018

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EFCF.B724.9FFE.3F20.61FF.169F.AB6D.E1CA

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
ISENTO

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -29,46  
MULTA MORATORIA 0,42  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,46  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 8,49  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 1,91 )

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

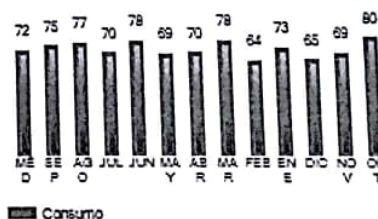
#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,60  
Conjunto INHUCU  
Mês JUL/ 2018

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,31              | 10,62 | 21,25 | 0,41                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,30              | 6,60  | 13,20 | 1,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 3,03              |       |       | 0,41                |       |       |

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3152882-1**  
Data de Emissão: **21/09/2018**

Nº da Nota Fiscal: **541086521**  
Referência: **SET/2018**

Total a Pagar (R\$): **0,00**  
Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 547 - 1682 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 15:36:58**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2017 16:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **TRAVESSA FRANCISCO CAVANCANTE**  
Complemento: **DEPOIS DA PADARIA**  
Bairro: **CORRENTE** Município: **SAO BENEDITO/CE**  
Ponto de Referência: ,

**Noticiante(s)**

Nome: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**  
Nascimento: **30/07/1978** CPF: **917.158.223-15**  
RG: **98098082026** Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **IDELZUITE DIAS DE CARVALHO**

Endereço: **AVENIDA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA**  
Bairro: **CORRENTE** CEP:  
Município: **SAO BENEDITO/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYQ9709** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:  
**9C2HA07103R077253** Renavam: **894576402** Tipo do Veículo:  
**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES** Ano Fabricação:  
**2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**  
Proprietário: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

A declarante vem relatar que fora vítima de acidente de trânsito no dia e local supracitado. Que estava pilotando sua motoneta Biz ES cor vermelha, SEM HABILITAÇÃO, quando um bêbado atravessou a pista repentinamente, tendo a mesma perdido o equilíbrio e caído. Que teve fratura no tornozelo direito, sendo socorrida à UPA e encaminhada o hospital de Tianguá. Nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :   
NINIVE XIMENES ARAUJO - MAT.: 300675-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :   
FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5





| REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL                                                                 |                         | MINISTÉRIO DAS CIDADES           |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------|
| <b>DETRAN - CE</b><br>Nº 012635873293<br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |                         |                                  |                   |
| CRDD                                                                                        | 01 894576402            | 0000000000                       | 2015              |
| VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO<br>SAO BENEDITO/CE                                              |                         |                                  |                   |
| PLACA ANT./U                                                                                | 91715822315             | CHASSI                           | HY09709           |
| ESPECIE TIPO                                                                                | PAS/MOTONETA/NAO APLIC. | COMBUSTIVEL                      | GASOLINA          |
| MARCA/MODELO                                                                                | HONDA/C100 BIZ ES       | ANO FAB.                         | 2003              |
| CAP/PT/CL                                                                                   | 2P/OCV/97CC             | CATEGORIA                        | PARTEIC           |
| COTA UNICA                                                                                  | VENC. COTA UNICA        | VENC. COITAS                     | 1º                |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)                                                                      | 286,75                  | PREMIO COTA UNICA (R\$)          | 292,01            |
| DATA DE PAGAMENTO                                                                           | 25/01/2016              | DATA DE PAGAMENTO                | 25/01/2016        |
| SAO BENEDITO/CE                                                                             |                         |                                  |                   |
| 27/07/2016                                                                                  |                         |                                  |                   |
| CE Nº 012635873293                                                                          |                         |                                  |                   |
| BILHETE DE SEGURO DPVAT                                                                     |                         |                                  |                   |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT                                                        |                         |                                  |                   |
| 91715822315                                                                                 |                         |                                  |                   |
| AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA                                                            |                         |                                  |                   |
| www.dpvatsegurodoctransito.com.br                                                           |                         |                                  |                   |
| SAC DPVAT 0800 022 1204                                                                     |                         |                                  |                   |
| EXERCÍCIO                                                                                   | 2015                    | DATA EMISSÃO                     | 27/07/2016        |
| PLACA                                                                                       | HY09709                 | PLACA                            | HY09709           |
| RENAVAM                                                                                     | 894576402               | MARCA / MODELO                   | HONDA/C100 BIZ ES |
| ANO FAB.                                                                                    | 2003                    | Nº CHASSI                        | 9C2HA07103R077253 |
| PRÊMIO TARIFÁRIO                                                                            |                         |                                  |                   |
| FMS (R\$)                                                                                   | 129,04                  | DENATRAM (R\$)                   | 143,38            |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                      | 4,15                    | OF (R\$)                         | 292,01            |
| COTA UNICA                                                                                  | 1.11                    | TOTAL SEM PAGAMENTO SEGURO DPVAT | 292,01            |
| PAGAMENTO                                                                                   | 25/01/2016              | DATA DE OUTUBRO                  | 25/01/2016        |
| LOTE/D66948728/95A-LIACRBE-DPVAT                                                            |                         |                                  |                   |
| MOTOR: HAO7E1307926-538/0001-04                                                             |                         |                                  |                   |
| www.segurdadadetransito.com.br                                                              |                         |                                  |                   |
| JAN-2016                                                                                    |                         |                                  |                   |





Estado do Ceará  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO  
Secretaria de Saúde do Município



FICHA DE REFERÊNCIA

Preencha essa ficha em 3 vias ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário o orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Unidade de Origem: UPA São Benedito

Distrito Sanitário:

Município: São Benedito

Nome: Vera Lúcia Dias Lapaibe Prontuário: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) M (X) F Data Nascimento 30/07/78 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Corrente Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 38 anos, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) há ± 15 dias evoluindo com dor e deformidade em tornozelo  
Resultado do Exame: direito.

Rx de tornozelo (D) (AP): Fx do tibial (D)

Conduta já Realizada: Análise + Imobilização

Impressão Diagnóstica: Fx de tornozelo (D) (Fx do tibial (D))

Assinatura de Encaminhamento N° Registro

Medicar  
Função

Data: 07/08/17 Hora: 19:00h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospital ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Alta: / /

Resumo Clínico/ Cirúrgico:

Resumo de Exames:

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta da Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência? ( ) Sim ( ) Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não

Assinatura de Encaminhamento N° Registro

Função

Data: / /





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**GOVERNO FEDERAL**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

**Governo Municipal de São Benedito**

### REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO  
Sexo: M ( ) F (X) DN: 00/07/78 Idade: 38 Raça/Cor: \_\_\_\_\_  
Município de Origem: ( ) São Benedito ( ) Outro Município: \_\_\_\_\_  
Endereço: RUA SALMITO PENSINA DE ALMEIDA  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
SUS: \_\_\_\_\_ RG: 98098082028  
Data do Atendimento: 25/05/17 Hora: 16:43 Recepção: \_\_\_\_\_

#### SINAIS VITAIS

Peso: \_\_\_\_\_ g Temperatura: \_\_\_\_\_ °C Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg  
FR: \_\_\_\_\_ lpm FC: \_\_\_\_\_ bpm DX: \_\_\_\_\_ mg/dL  
Classificação da dor: ( ) Sem Dor ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Insuportável  
Medicações e tempo de uso: \_\_\_\_\_

#### Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Cliente vítima de acidente de moto apresentando edema e ferimento da  
em MMII (D).

#### Classificação de Risco:

- ☐ 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) -Necessita de atendimento imediato
- ☐ 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) -Necessita de atendimento praticamente imediato
- ☒ 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) -Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar
- ☐ 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- ☐ 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional: \_\_\_\_\_



### ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/ EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) Doença do trato

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

- 1- Diclofenaco 75 mg I
- 2- Ureantes 250 mg I
- 3- \_\_\_\_\_
- 4- \_\_\_\_\_
- 5- \_\_\_\_\_
- 6- \_\_\_\_\_

Roberto Burgos M. Farias  
MÉDICO  
CRM 17.17109

MÉDICO  
Assinatura e Carimbo

OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/ Responsável

DESTINO:

( ) Alta ( ) Observação

( ) TRANSFERÊNCIA: ( ) Hospital de Origem ( ) Outro \_\_\_\_\_

Reginaldo Alves Ferreira  
Assinatura do Usuário ou Responsável

Gomez e Silva 36261789





| DADOS DO PACIENTE                                                                                     |                          |                                                 |                                                    |                                  |                                            |          |                         |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|----------|-------------------------|--|--|
| Prontuário<br>113024                                                                                  | Atendimento<br>0003      | Nome do Paciente<br>VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO |                                                    | CNS<br>160778676920005           | Guia de Autorização                        |          |                         |  |  |
| Identidade: 98098082028                                                                               |                          |                                                 |                                                    |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Data de Nascimento<br>30/07/1978                                                                      | Local<br>SAO BENEDITO/CE |                                                 | Estado Civil<br>Casado(a)                          |                                  | Sexo<br>Feminino                           |          | Idade<br>38 Ano(s)      |  |  |
| Pai<br>FRANCISCO JOSE SILVA CARVALHO                                                                  |                          |                                                 |                                                    | Mãe<br>IDELZUIE DIAS DE CARVALHO |                                            |          |                         |  |  |
| Endereço<br>RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN                                                       |                          | Bairro<br>CORRENTE                              | CEP<br>62370-000                                   | Município<br>SAO BENEDITO        |                                            | UF<br>CE | Telefone<br>88 92055948 |  |  |
| Profissão<br>OPERADORA DE CAIXA                                                                       |                          | Empresa                                         | Cônjugue                                           |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Responsável<br>CELINA DE CARVALHO                                                                     |                          | CPF do Responsável                              | Endereço<br>RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN    |                                  | Município<br>SAO BENEDITO                  |          | UF<br>CE                |  |  |
| DADOS DO ATENDIMENTO                                                                                  |                          |                                                 |                                                    |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Data Atendimento<br>08/06/2017                                                                        | Hora<br>09:01            | Convênio.<br>SUS                                | Matrícula                                          |                                  | CID                                        |          |                         |  |  |
| Profissional do Atendimento<br>DANILLO CONSERVA ARRUDA                                                |                          |                                                 | CRM/UF<br>16409/SP                                 |                                  | Tipo Atendimento<br>ENCAMINHADO P/CONSULTA |          |                         |  |  |
| Indicador de Acidente<br>Trânsito                                                                     |                          |                                                 | Funcionário<br>RENARA AGUIAR FONTENELE             |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Observação                                                                                            |                          |                                                 |                                                    |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Sala                                                                                                  |                          |                                                 | Data/Hora Liberação                                |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Sinais Vitais                                                                                         |                          |                                                 | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |                                  |                                            |          |                         |  |  |
| Peso (kg)                                                                                             | Altura (cm)              | T (°C)                                          | P (bpm)                                            | R (mpm)                          | PA (mmHg)                                  |          |                         |  |  |
| Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta) |                          |                                                 |                                                    |                                  |                                            |          |                         |  |  |

fx W2 ①

M.L. , 1/2 de 1/2

d. h. h. h. h.

Dr. Danilo Conserva Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRM/CE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

gessarda 20 - 02  
espa 20 - 03  
espa 10 - 01



Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CELINA DE CARVALHO

| DADOS DO PACIENTE                                      |                                                 |                                                 |                                      |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|--|--|
| Atendimento<br>0004                                    | Nome do Paciente<br>VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO |                                                 |                                      |                           | CNS<br>160778676920005             | Guia de Autorização     |                                                    |  |  |
| Idade: 98098082028                                     |                                                 |                                                 |                                      |                           | Estado Civil<br>Casado(a)          | Sexo<br>Feminino        |                                                    |  |  |
| Data de Nascimento<br>07/1978                          | Local<br>SAO BENEDITO/CE                        |                                                 |                                      |                           | Idade<br>38 Ano(s)                 |                         |                                                    |  |  |
| PACIENTE<br>FANCISCO JOSE SILVA CARVALHO               |                                                 |                                                 |                                      |                           | Mãe<br>IDELZUI TE DIAS DE CARVALHO |                         |                                                    |  |  |
| Endereço<br>RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN        |                                                 | Bairro<br>CORRENTE                              | CEP<br>62370-000                     | Município<br>SAO BENEDITO | UF<br>CE                           | Telefone<br>88 92055948 |                                                    |  |  |
| Emprego<br>FABRIL DE CAIXA                             |                                                 | Cônjuge                                         |                                      |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
| CPF do Responsável<br>CELINA DE CARVALHO               |                                                 | Endereço<br>RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN |                                      | Município<br>SAO BENEDITO | UF<br>CE                           |                         |                                                    |  |  |
| DADOS DO ATENDIMENTO                                   |                                                 |                                                 |                                      |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
| Atendimento<br>06/2017                                 | Hora<br>07:59                                   | Convênio<br>SUS                                 | Matrícula                            |                           | CID                                |                         |                                                    |  |  |
| Profissional do Atendimento<br>DANILLO CONSERVA ARRUDA |                                                 |                                                 | CRM/UF<br>16409/SP                   |                           | Tipo Atendimento<br>RETORNO        |                         |                                                    |  |  |
| Médico de Acidente                                     |                                                 |                                                 | Funcionário<br>ARIANE CARLA DE SOUSA |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
| Observação                                             |                                                 |                                                 |                                      |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
| Data/Hora Liberação                                    |                                                 |                                                 | às                                   |                           | hs.                                |                         | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |  |  |
| Sinais Vitais                                          |                                                 |                                                 |                                      |                           |                                    |                         |                                                    |  |  |
| Peso (kg)                                              | Altura (cm)                                     | T (°C)                                          | P (bpm)                              | R (mpm)                   | PA (mmHg)                          |                         |                                                    |  |  |

Conteúdo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Tamozelo

Vitorino Alves Salvador  
Técnico em Radiologia  
CRTR - 01994T

Ex m @, m.c.

consolidado

di. fuk batz

Danillo Conserva Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16409

CONFIRMAÇÃO  
CONFÉRIO COM ORIGINAL  
16/08/17  
Danillo

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

casado 15-04  
casado 15-04

200818  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CELINA DE CARVALHO





**REGULAR**  
DPVAT



**SINISTRO / ACIDENTE**

Nº Processo: 2017/122012243  
Natureza: INVALIDEZ

**DADOS DO PROCESSO**

Nº do Sinistro: 3180001428

Situação: PROCESSO NEGADO

**DADOS DO ACIDENTE**

Data do Cadastro: 20/12/2017

**DADOS DA VÍTIMA**

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO

CPF: 917.158.223-15

**DADOS DO ANGARIADOR**

Nome: ANTONIO DONATO DE AZEVEDO

**ANDAMENTOS**

**DATA** **DESCRIÇÃO**

5/1/2018 PROCESSO NEGADO JUNTO A SEGURADORA LÍDER. SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA VÁLIDA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS PERMANENTES INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

**USUÁRIO**

DANIELLE DA  
SILVA COSTA

SAJ - Sistema de Protocolos Eletrônicos

Protocolo Andamento Consulta Relatório Ajuda

SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DA JUSTIÇA

**SAJ** Primeiro Grau - Protocolo Eletrônico

Tribunal de Justiça do Ceará

Usuário: Nelson Francisco Vidal da Cunha

Protocolo de Petições Iniciais

Balcão

| Últimas protocoladas      | Data/hora           |
|---------------------------|---------------------|
| 0001228-03.2019.8.06.0163 | 05/02/2019 16:44:44 |

Reemitir protocolo Movimentar protocolo

Protocolar Fechar



São Benedito / Balcão

Servidor: NET:TJPGP25.0

Versão: 1.9.1-7

Base de dados: NUTGE





**CANCELADO**

Aos 07.02.19, por autos antes  
conclusos em 1987, Juiz de Direito.

Aug 07 02 19

11



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Comarca de São Benedito**  
**Vara Única da Comarca de São Benedito**

Av. Tabajara, S/N, Centro - CEP 62370-000, Fone: (88) 3626-1435, São Benedito-CE - E-mail: benedito@tjce.jus.br



**DESPACHO**

Processo nº: 0001228-03.2019.8.06.0163  
Apenso: Processos Apenso << Informação indisponível >>  
Classe: Procedimento Comum  
Assunto: Seguro  
Requerente: Vera Lucia Dias de Carvalho  
Requerido: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Tendo em vista que em ações desta natureza é imprescindível prova pericial judicial, e por essa razão resta claro que a probabilidade de autocomposição só se efetiva após a realização de tal prova, deixo de designar audiência de conciliação neste momento dos autos.

Isto posto, cite a requerida, por seu representante legal, para querendo contestar a ação no prazo legal de 15 dias úteis, sob pena de revelia.

Expedientes necessários.

Sao Benedito (CE), 07 de fevereiro de 2019.

  
Fabio Rodrigues Sousa

Juiz de Direito

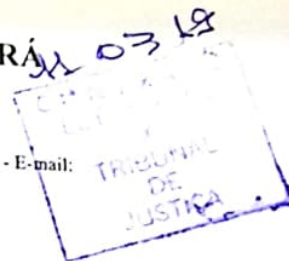




**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**  
Comarca de São Benedito

Vara Única da Comarca de São Benedito

Av. Tabajara, S/N, Centro - CEP 62370-000, Fone: (88) 3626-1435, São Benedito-CE - E-mail: benedito@tjce.jus.br



**CARTA DE CITAÇÃO**

Processo nº: 0001228-03.2019.8.06.0163  
Classe: Procedimento Comum  
Assunto: Seguro  
Requerente: Vera Lucia Dias de Carvalho  
Requerido: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT



Prezado(a) Senhor(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Fábio Rodrigues Sousa**, Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de São Benedito, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, cuja cópia segue anexa, como parte integrante desta carta, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s), ficando ciente de que o mencionado prazo começará a fluir da juntada aos autos do aviso de recebimento.

São Benedito/CE, 27 de fevereiro de 2019.

  
**FÁBIO RODRIGUES SOUSA**  
Juiz de Direito

Sr(a).  
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
Rua Senador Dantas, 74, 5º, 6º, 9º 14º 15º andar, Centro  
Rio De Janeiro-RJ  
CEP 20031-205