

12.657

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2000099173086

DATA DE
EXPIRAÇÃO 03/07/2013

NOME
JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

PLACAO
JOSE MARIA DA SILVA

NATURALIDADE
MARIA GORETTI DA COSTA SILVA

QUIXERE - CE

DATA DE NASCIMENTO
01/01/1987

DOC. CIVIL
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7124 FOLHA: 027

LIVRO: 007 QUIXERE - CE

CNP 033.431.773-85

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 29/08/03

P. 156

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA REGISTRAÇÃO PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PREFEITA TORRES DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE AUTENTICAÇÃO E REGISTRO

REPUBLICA DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Polegar Direito

03/07/2013

8133917

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi calculada para o mês de 12/2019
de 25 de abril de 2020

Companhia Energética do Ceará
Rua Iracema Veloso, 150
CEP 60215-000 FORTALEZA-CE
CNPJ 07.047.211/0001-70 | CUF 06.105.848-3

Para agendar seu atendimento, utilize o link abaixo
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 030696015

Rota 1N721R21 - 2228000
Nome JOSIAS HOLANDA DA SILVA
Endereço SI CABELA PRETA, 000000, SÍTIO GENIPAPEIRO,
62930-000, LIM DO NORTE
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifa B2 RURAL
Ligação Monofaseada
Emissão 05/11/2019
Medidor 4411221-CPN-308

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 12/12/2019

Anterior 01/12/2019 Próxima previsão 01/01/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Rota	Leit. Real	Leit. Anterior	Const.	Consumo Anterior (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo Fato (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1N721R21	2228000	2228000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55384	102,46

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,55384	102,46
ADICIONAL BANDA AMARELA	-	3,34
ADICIONAL BANDA VERMELHA	-	1,26

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	107,06	27,00	28,91
PIS	107,06	0,04	0,04
COFINS	107,06	0,30	0,32

12/12/2019

107,06

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 029.066.233-85

EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh): Condições locais
pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂): Consumido kg (CO₂): Condição de Referência (kgCO₂)

FATURADO POR MÊS - LEITURA BIMESTRAL

Períodos: Bimest. Tarifa: Amarela: 03/10 - 31/10
Vermelha: 01/11 - 04/11

SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENCENDO MES
TEM OPRÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO
0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.
PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente: 8133917 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 05/11/2019 Total a Pagar (R\$): 107,06
Nº da Nota Fiscal: 030696015 Nº de Controle: 200022092390

838000000017 07060031200 4 02209239007 3 000008133917 8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José de Fátima Costa Silva,
RG nº 3000099173086, data de expedição 03 / 07 / 2013 Órgão SSPDS/CE,
CPF nº 033.431.773-85, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Galvão Preto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Genipapeiro</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62930-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte, 27/07/2020

Assinatura do Declarante: José de Fátima Costa Silva



PITOMBEIRA & BANDEIRA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

Ad Judicia / Ad Negotia

*José de Fátima Costa Silva, brasileira, solteira, agricultor
inscrito no CPF 033.431.773-85, RG 2000099173086
residente e domiciliado no sítio Cabeça Preta, zona rural
de Limoeiro do Norte - Ce. Cep 62.930-000.*

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui a Sociedade de Advogados "**PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNIOR - Sociedade Individual de Advocacia**", inscrita na OAB/CE sob o registro de nº 1.917 e inscrita no CNPJ sob o nº 30.743.758/0001-80, representada neste ato pelos advogados **PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.772; **DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.376; **MAGNO MCKENONN PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.280; e **LAURA MARIA DE FREITAS MAIA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 24.337, todos com escritório profissional na Rua Cel. Serafim Chaves, 365, salas 04/10 - PALAZZO Centro Médico Empresarial, Centro, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62.930-000; Fone/Fax: (88) 3423.4854; contato@pbandeiraadvogados.com.br; www.pbandeiraadvogados.com.br.

Poderes: amplos, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", em qualquer **Juízo, Instância ou Tribunal**, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo-as até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, os poderes da cláusula "*ad negotia*", além de poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, **receber e dar quitação**, requerer a expedição e levantamento de alvarás, levantar depósitos judiciais e extrajudiciais, bem como os poderes, expressos, de renúncia aos valores excedentes ao teto dos Juizados Especiais (Estadual/Federal); e representação do Outorgante perante a **Receita Federal do Brasil e Instituto Nacional do Seguro Social**, podendo tudo praticar, requerer, assinar, cadastrar senha para extratos e consultas previdenciárias via internet e agência, consultas e obtenção de cópias de laudos médicos periciais e processos administrativos. Enfim, com poderes para tudo requerer, e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato. Agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Limoeiro do Norte/CE, 24 de Julho de 2020.

José de Fátima Costa Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, José de Fátima Costa Silva, brasileiro(a),
Solteiro, Agricultor, portador(a) do RG nº
9900099173086 e do CPF nº 033.431.773-85 residente e
domiciliado(a) à no sítio Cabeça Preta, zona rural de Limoeiro,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Limoeiro do Norte /CE, 24 de Julho de 2020.

José de Fátima Costa Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José de Fátima Costa Silva, portador da carteira de identidade nº 2000099173086 e inscrito no CPF/MF sob o nº 033.431.773.85, residente e domiciliado na rua sétua cabeça Preta, zona rural, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

José de Fátima Costa Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro do Norte - Ce 24-07-2020.

Local e data

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020206808

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 733 / 2020****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 09:00:15**Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 19:30:00**Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA LIMOEIRO AO TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**Ponto de Referência: **PROXIMO A CRUZ DO FINADO ZE MARIA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSÉ DE FÁTIMA COSTA SILVA**Nascimento: **01/01/1987** CPF: **033.431.773-85**RG: **2000099173086**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA GORETTI DA COSTA SILVA****JOSÉ MARIA DA SILVA**Endereço: **SITIO CABEÇA PRETA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

A vítima relata que no dia, local e hora acima mencionado, vinha na motocicleta de sua esposa, uma HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2016, COR PRETA, PLACA PMR 9823, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA; Que trafega na Estrada que Liga Limoeiro do Norte-Ce ao Sitio Tomé, quando na curva do findo Zé Maria, um automóvel que trafegava no sentido oposto ao do declarante, veio a ofuscar sua visão, fazendo com que o declarante perdesse o controle da moto e descesse a via; Que foi socorrido por um popular que passava pelo local; Que esse homem lhe ajudou a levantar-se e a seu pedido, lhe ajudou a subir no veículo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, eu amigo Ozias o trouxe até o hospital São Raimundo, nesta cidade de Limoeiro do Norte-CE; Que recebeu atendimento e foi diagnosticado com fratura na Tibia Distal esquerda; Que como não lhe encaminharam para um hospital a fim de que fizesse cirurgia, acabou indo por conta própria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em 11/03/2020 09:10:13

Pág. 1 de 1

Impresso em 11/03/2020 09:10:13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE

Nº 013871550530

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
EDNA01	1084924142	0000000000	2019

NOME
MARTA GERLIENE DA SILVA PEREIRA

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ	PLACA
01276806329	PMR9823

PLACA ANT / UF	CHASSI
*****/CE	9C2KC2200GR129097

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2016	2016

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/162CC	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
*****	**/**/**	1ª *****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
***	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
LIMOEIRO DO NORTE	14/05/2019

Assinatura



DETRAN-CE

EXPEDICION

CONTRAN

Página 0815

UF CE Telefone 88981298

Município
LIMOEIRO DO NORTE

Matricula	CID
CRM/UF	Tipo Atendimento
13941/CE	CONSULTA CLINICA
Funcionário	
MARIA FLAVIANE SILVA QUEIROZ	

Data de Liberação: 14/12/2019 20:29

Tipo de Saída
Alta clínica

Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (bpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
36,1	93	16	160	101	60	160	98	100

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 14/12/2019 20:22

Responsável pela Classificação: DANYA DERUÇIA DE SO

Pcte vítima de acidente automobilístico apresenta dor intensa em MIE com presença de edema importante.

Nega comorbidades e alergias medicamentosas

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

14/12/2019 20:29:09h Responsável: ERSO RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTOXSULO) DURANTE RETORNO DO TRABALHO COM
CONTUSÃO E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

A - VIAS AÉREAS PÉRVIAS E COLUNA CERVICAL INDOLOR E SEM ESCORIAÇÕES

B - MV+ SRA E TORAX COM BOA EXPANSIBILIDADE

C - PA = 160 x 101 mmHg e FC: 91 bpm

D - SEM SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS E GCS: 15

E - ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS EM MMSS E MMII, EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO PARCIAL

- 1) VOLTAREN --- 01 FA IM
- 2) IMOBILIZAÇÃO SE NECESSÁRIO
- 3) RX DE TORNOZELO ESQUERDO

ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA - CRM 13941

Assinatura Paciente/Responsável:
Responsável: JOSE DE FATIMA COSTA



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES

2527707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

102107

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.2809.137.3338-64

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1987

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA GORETTI DA COSTA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88)98129-8152

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO CABECA PRETA SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2307601

18 - UF

CE

19 - CÉDULA

62930-00

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE
TIBIA DISTAL E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Revisão de Condicionamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tibia

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Médica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980316294605437

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome JOSE DE FATIMA COSTA SILVA		Prontuário/Atendimento 102107/0002	
Nascimento 01/01/1987	Local LIMOEIRO DO NORTE	País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Idade 32 Ano(s)
Documento(s) CPF: 033.431.773-85 Identidade: 2000099173086		Estado Civil Solteiro(a)	Religião
Endereço SÍTIO CABECA PRETA		Nº SN	Bairro ZONA RURAL
Fone (88)98129-8152	Profissão	Empresa	Município LIMOEIRO DO NORTE-CE
Responsável		CPF do Responsável	Fone Responsável
Endereço Responsável		Cônjugue	
Mãe MARIA GORETTI DA COSTA SILVA	Pai JOSE MARIA DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/12/2019 21:43	Quarto/Leito 100-F	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Sector UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia
Médico ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA			CRM 13941	
CID Principal		CID Complementar		
Observação				
Usuário FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA	Procedimento SUS			Sisprenatal
Data Saída	Hora	Condição de Saída	Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necrópsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários Médicos e nem diferenças/taxas hospitalares. (exceto convênios e particular). OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

LIMOEIRO DO NORTE 14 de dezembro de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA

Assinatura do responsável

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Jose de Fatima Costa Silva

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO: melhor

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS: anoxia

PROCEDIMENTO REALIZADO: desfibrilação

TERAPÊUTICA UTILIZADA: insulina

ADMISSÃO: 21 / 12 / 2019 ALTA: 26 / 12 / 19 DIAS INTERN.: 1 / 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: Fatima de Faria durante

OBSERVAÇÕES: _____

Jose de Oliveira Mota
CRM: 3296
MÉDICO RESPONSÁVEL



RECEITUÁRIO

Nome: Jose de Fátima C. M.

End.: _____

Fratura de tíbia (E)

Fimotempu Motom

Data: 03/02/2020

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

SINISTRO 3200169451 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**CPF/CNPJ:** 03343177385**Posição em 17-06-2020 10:21:06**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

2ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1528, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro2@tjce.jus.br**DESPACHO**

Processo nº: **0050831-58.2020.8.06.0115**
Classe – Assunto: **Arrolamento Comum - Seguro**
Arrolante: **Jose de Fatima Costa Silva**
Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.h.

Defiro a assistência judiciária, em conformidade com os arts. 98 e seguintes do CPC.

A petição inicial encontra-se na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil Brasileiro.

Sendo assim, recebo a petição inicial para os seus devidos fins.

Considerando que a prática nos revela que a seguradora promovida não oferece proposta de acordo antes da realização de exame pericial da parte autora, deixo de determinar o agendamento de data para a realização de audiência de conciliação/mediação.

Cite-se a parte ré para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer resposta ao pedido inicial.

Expedientes necessários.

Limoeiro Do Norte (CE), data da assinatura eletrônica.

Gerana Celly Dantas da Cunha Verissimo**Juíza de Direito**

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

2ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1528, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro2@tjce.jus.br**CERTIDÃO**

Processo nº: **0050831-58.2020.8.06.0115**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Arrolamento Comum**
Assunto: **Seguro**
Jose de Fatima Costa Silva
Arrolado **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 10/08/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Cite-se a parte ré para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer resposta ao pedido inicial."

Limoeiro Do Norte/CE, 10 de agosto de 2020.

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

2ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

**CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E
CIDADANIA - CEJUSC**Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1528, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro2@tjce.jus.br**ATO ORDINATÓRIO**

Processo nº: **0050831-58.2020.8.06.0115**
Classe: **Arrolamento Comum**
Assunto: **Seguro**
Arrolante: **Jose de Fatima Costa Silva**
Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Fica designada audiência de conciliação para o dia **27.10.2020, às 13:00h**, a ser realizada na sala virtual do CEJUSC/LIMOEIRO DO NORTE, acessada através da plataforma **Cisco Webex Meeting**, mediante o link a seguir: <https://cnj.webex.com/join/claudia.sousa>.

Havendo impossibilidade técnica para a realização da sessão, as partes, através de seus advogados, deverão comunicar nos autos até dois dias antes da data designada, permanecendo o processo no CEJUSC para oportuna redesignação de audiência presencial, salvo retirada de pauta por ordem do juízo de origem.

Por fim, que, em caso de dúvidas ou necessidade de mais informações, as partes poderão contactar o CEJUSC/LIMOEIRO através do telefone 88 9 9902-7809 e do e-mail cejusc.limoeiro@tjce.jus.br. O referido é verdade. Dou fé.

Limoeiro Do Norte/CE, 13 de agosto de 2020.

Claudia Nery Nunes de Sousa
Conciliadora/Mediadora



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Limoeiro do Norte
Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania

CERTIDÃO

Processo nº: **0050831-58.2020.8.06.0115**
Classe – Assunto: **Arrolamento Comum - Seguro**
Arrolante: **Jose de Fatima Costa Silva**

CERTIFICO que, tendo em vista não constar nos autos a realização da perícia médica, a audiência designada para o dia 27.10.2020, às 13:00h, será cancelada. É verdade. Dou fé.

Limoeiro Do Norte/CE, 14 de agosto de 2020.

Claudia Nery Nunes de Sousa
Conciliadora/Mediadora

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

2ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1528, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro2@tjce.jus.br**CERTIDÃO**

Processo nº: **0050831-58.2020.8.06.0115**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Arrolamento Comum**
Assunto: **Seguro**
Jose de Fatima Costa Silva
Arrolado **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 14/08/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Cite-se a parte ré para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer resposta ao pedido inicial."

Limoeiro Do Norte/CE, 14 de agosto de 2020.