



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Mizael Paulo de Aguiar
brasileiro, estado civil: solteiro, profissão
estudante, portador do RG: 2008990809-5,
Registro expedido SSPDS-CE CPF nº 620.465.063-75
com endereço Rua José Aquino Pinheiro
nº 05 - zona rural, cidade Milhã - CE

OUTORGADO: **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, Centro, CEP.: 63.635-000, Milhã-Ceará.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judícia" especificamente para propor ação, atuando em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvidando, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica** em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Soloneiapele /CE, 24 de Junho de 20 20.

Mizael Paulo de Aguiar
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

1. PARTES

Miguel paulo de Queiroz
 brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Estudante, portador (a)
 do RG nº 2008990809-5, Órgão Expedidor, ESPDS-CE, CPF nº
620.465.063-75, com endereço Rua José Aquino Pinheiro
 nº 05, bairro Zona Rural, Cidade Wilhelmina doravante

denominado de CONTRATANTE e de outro lado o Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará aqui denominado de CONTRATADOS.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços do(s) CONTRATADO(S), para que este(s) ajuíze ação de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) CONTRATANTE em decorrência da ação proposta. Porém, nas ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo CONTRATANTE forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) CONTRATANTE tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

4.6. O (a) CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV, precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores a(o) CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do(a) CONTRATADO(a), restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos efeitos legais.

Sobonépele, em 24 de junho de 20 20.

Miguel paulo de Queiroz
 CONTRATANTE

CONTRATADO – OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Mirael paulo de Azevedo, brasileiro(a),
 estado civil solteiro, profissão Estudante,
 natural de milhã, estado Ceará,
 nascido aos 04/12/1998, filho de Fco paulo de
Azevedo e Mª Leiria de Jesus Azevedo.,
 portador(a) do RG nº 20089908095 Órgão Expedidor
SSRDS-CE, CPF nº 620.465.063-75, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua José Aurino pinheiro nº 05
zona rural - Caixa d'água
Milhã - 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.

Solenizale - CE., 24 de junho de 2020.

Mirael paulo de Azevedo
DECLARANTE

enel

Esta é a segunda via de **JUN/2019**

Utilize o n° abaixo sempre que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5888442 DV 4

VENCIMENTO
24/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
57,74

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 578342890
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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 09 014060 09 0386000 Medidor 10349791 Poste 0000 0
Nome FRANCISCA CLEIA SILVA CAMPELO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOSE AURINO PINHEIRO 00005 CAIXA D AGUA MILHA 63635000
RG / CPF / CNPJ 012.517.843-30 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leitura Atual 2694 Leitura Anterior 2608 Constante 1 Consumo (kWh) 86 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 86

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18521	5,55
Consumo faixa 31-100 Kwh	56	0,31752	17,78

OUTROS PAGAMENTOS
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,80
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 2,72
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 30,89

DATAS DE LEITURA
Data de Emissão/ Apresentação 14/06/2019 Prev. Próxima Leitura 17/07/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5C79.A70A.1E25.882A.70C8.5CF9.C725.7D79

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	12,50
TRANSMISSÃO	0,99
DISTRIBUIÇÃO	7,34
ENCARGOS SETORIAIS	1,67
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,63

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,00
Conjunto SOLONOPLES
Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	1,43	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			1,43		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo

N° do Cliente: 5888442-4 N° da Nota Fiscal: 578342890 Total a Pagar (R\$): 57,74
Data de Emissão: 04/07/2019 Referência: JUN/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

SEGURO 3170540099 - Resultado de consulta por beneficiário

ANTONIO RUBENS LIMA MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
ABERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
CPF/CNPJ: 62046506375

Posição em 04-07-2019 10:32:31

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/10/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 1268 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/08/2017 09:20:58**
Data / Hora da Ocorrência: **18/07/2017 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BAIXA VERDE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MILHA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO JOSÉ PEDRO DE LIMA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ**
Nascimento: **04/12/1998** CPF: **620.465.063-75**
RG: **20089908095** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUIZA DE JESUS QUEIROZ**
FRANCISCO PAULO DE QUEIROZ
Endereço: **SÍTIO DIST. MONTE GRAVE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MILHA/CE** CEP: **63.635-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYN9407** Uf: **CE** Município: **MILHA** Chassi:
9C2KC08508R120277 Renavam: **990143953** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, para fins de solicitação de Seguro DPVAT, que na hora, dia e local acima informados que JOSÉ CARLOS CAMPELO conduzia a motocicleta acima identificada, tendo como garupeiro MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ, quando o pneu dianteiro da moto estourou, provocando a queda de ambos, porém o garupeiro sofreu danos consideráveis; Que a vítima MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ fora socorrida por um carro que vinha passando e foi levado ao Hospital Municipal João Leopoldo Pinheiro Landim, onde recebeu atendimento médico; Que o noticiante apresenta cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV, comprovante de residência, ficha de atendimento hospitalar, atestado médico, receituário médico, CRLV da motocicleta, RG, CPF, CNH e comprovante de endereço de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Mizael Paulo de Queiroz**

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/08/2017 09:42:41



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 1268 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: Mizael Paulo de Oliveira

Cartão do SUS: 9980032/13816428 DN: 04.12.98

RG: _____

OCORRÊNCIA Nº 2

Idade <u>18</u>	Cor <u>-</u>	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Solteiro</u>	Naturalidade <u>Milhã</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Monte Gracie</u>					
Unidade de Emergência Hospital J. L. P. Landim		Pai: <u>Fco Paulo</u>		Mãe: <u>M^{te} Luiza de Jesus Oliveira</u>	
☐ Andamento ☐ De Automóvel ☐ Ambulância ☐ Aparentemente bem			☐ Regular ☐ Passando Mal ☐ Comatoso ☐ Com Hemorragia		
Atendimento Milhã			Data <u>18-07-17</u>	Hora <u>11:08</u>	
☐ Acidente de Trabalho			Local		
Queixa principal e Resumo da Doença Atual <u>Paciente vítima de acidente de trânsito com lesões graves por corte e fraturas na perna E.</u>					
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	<u>Acq. v/h.</u>		
TRATAMENTO:			<u>Limpeza da ferida.</u> <u>Colocação de curativo.</u> <u>Prescrição de medicação.</u>		
DESTINO DADO AO PACIENTE			Exames Complementares		
☒ Residência ☐ Em Observação ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade ☐ Óbito sem tratamento			☐ Internado ☐ Transferido		
Ass. do Médico			Ass. do Paciente ou Responsável		
<u>[Assinatura]</u> Ass. do Médico			<u>André Lima Ferreira</u> Ass. do Paciente ou Responsável		

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

CONFERE COM ORIGINAL
 10.08.17
 RESPONSÁVEL SAME
 HMLP
 CNPJ 10.828.250/0001-95

Ass. do Médico: [Assinatura]
 Ass. do Paciente ou Responsável: André Lima Ferreira

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/07/2020 às 22:09, sob o número 00506543220208060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050654-32.2020.8.06.0168 e código 6E8A522.

		PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM	
Nome do Paciente: <u>Alizal Paulo de Oliveira</u>		OCORRÊNCIA Nº <u>23</u>	
Cartão do SUS <u>SSSC32/3816928</u> DN: <u>04.12.98</u>			
Idade <u>13</u>	Cor <u>-</u>	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Solteiro</u>
Endereço <u>Monte Grial</u>		Naturalidade <u>Milhã</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Unidade de Emergência <u>FSC Paulo</u>		Telefone: <u>88-46452638</u>	
Hospital J. L. P. Landim		Mãe: <u>Mãe Luiza de Jesus Oliveira</u>	
O paciente chegou ao hospital ☐ Anestesiado ☐ Regular ☐ De Automóvel ☐ Passando Mal ☐ Ambulância ☐ Comatoso ☐ Aparentemente bem ☐ Com Hemorragia		Atendimento <u>Milhã</u> Data <u>18-07-17</u> Hora <u>11:08</u> ☐ Acidente de Trabalho Local	
Queixa principal e Resumo da Doença Atual <u>Paciente vítima de acidente de trânsito com lesões graves no crânio e membros superiores e inferiores.</u>			
DADOS CLÍNICOS PRESSÃO ARTERIAL PULSO TEMPERATURA		DIAGNÓSTICO <u>Acq. n/h.</u>	
TRATAMENTO: <u>Leito 102 - M. J. J.</u> <u>Exames de laboratório - 5</u> <u>Exames de imagem - 12</u>			
DESTINO DADO AO PACIENTE ☒ Residência ☐ Internado ☐ Em Observação ☐ Transferido ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade ☐ Óbito sem tratamento		Exames Complementares Diagnóstico Definitivo Ass. do Médico <u>[Assinatura]</u>	
Ass. do Paciente ou Responsável <u>[Assinatura]</u>		CPF 160.794.004-3 CRM - 2632	

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/07/2020 às 22:09, sob o número 00506543220208060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050654-32.2020.8.06.0168 e código 6E8A522.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com
 Quixeramobim-CE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que MARCEL PAULO DE OLIVEIRA

17, 08, 17 com diagnóstico de: FRACTURA DA ANO MEXILHÃO recebeu atendimento médico em:
28 5525

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (TRINTA) dias de licença do trabalho,

a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-CE, 17, 08, 17

Dr. Felipe Vitor P. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP 152.2945 TEOT 14739

MEDIC@/CRM

Qmigraf-3441.0388



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: WILSON PAULINO OLIVEIRA

① Dipirona 1g - 0/4

01 qn 6/6h SE BR

WILSON OLIVEIRA 14/09/17: 12x1 UNTO 500
14/10/17 SEM 6/6h

17/08/17

Dr. João Veras P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
FONEC 12845 TEOT 14739



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12N - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Services Barra GovBr

<http://www.vlibras.gov.br/>



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **620.465.063-75**

Nome: **MIZAELO PAULO DE QUEIROZ**

Data de Nascimento: **04/12/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/2014**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:47:39** do dia **25/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1251.9B43.83C7.6F3D**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
([/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp](http://Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp)).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Solonópole

Vara Única da Comarca de Solonópole

Av. Prefeito José Sifredo Pinheiro, 108, Centro - CEP 63620-000, Fone: (88) 3518-1696, Solonopole-CE - E-mail: solonopole@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050654-32.2020.8.06.0168**
Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Mizael Paulo de Queiroz**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.h.

Por não vislumbrar, *prima facie*, qualquer vício da peça Vestibular, estando presentes, em exame perfunctório, as condições da ação e os pressupostos processuais, **recebo a inicial** nos termos em que é proposta.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Defiro o pedido de Prova Pericial.

Tendo em vista que o autor manifestou desinteresse na realização de audiência de conciliação, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal.

Solonopole, 31 de julho de 2020.

Ana Celia Pinho Carneiro
Juíza de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ****Comarca de Solonópole****Vara Única da Comarca de Solonópole**

Av. Prefeito José Sifredo Pinheiro, 108, Centro - CEP 63620-000, Fone: (88) 3518-1696, Solonopole-CE - E-mail: solonopole@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0050654-32.2020.8.06.0168**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Mizael Paulo de Queiroz
Requerido **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: "R.h. Por não vislumbrar, prima facie, qualquer vício da peça Vestibular, estando presentes, em exame perfunctório, as condições da ação e os pressupostos processuais, recebo a inicial nos termos em que é proposta. Defiro o pedido de justiça gratuita. Defiro o pedido de Prova Pericial. Tendo em vista que o autor manifestou desinteresse na realização de audiência de conciliação, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal."

Solonopole/CE, 10 de agosto de 2020.