



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA
DA COMARCA DE ARARENDÁ/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

RAFAEL SARAIVA SOUSA, brasileiro, solteiro, operador de máquina, portador do RG nº. **2004021095403** SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº. **025.123.123-21**, residente e domiciliado no Conjunto Varjota, s/nº, Centro, município de Ararendá/CE, CEP nº 62.210-000, **sem endereço eletrônico**, vem à presença de V. Excelência, por sua advogada, com escritório profissional situado na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, sala 03, Bairro Fátima I, Crateús/CE – CEP: 63.700.000 – Tel: (88) 3692-3794 ou Cel: (88) 99619-6391, **e-mail: deranysantos@hotmail.com**, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** (CNPJ nº. 09.248.608/0001-04, e sede na Rua Senador Dantas, 74 – 5º. Andar, centro, rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205), pois a mesma é a representante de TODAS seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015), bem como, é a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, com base na lei n.º 6194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009 e demais dispositivos legais que rege a espécie, pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Preliminarmente, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA por ser pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo dos próprios sustentos e de sua família, tudo com base no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal/88, bem como nos ditames estabelecidos pela Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, o que pode ser feito mediante simples afirmação na própria petição inicial (art. 4º, caput).



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DOS FATOS E DO DIREITO

O(a) requerente no dia **18 de Agosto de 2019, por volta das 17h40min**, sofreu um acidente de trânsito, quando este estava pilotando a **MOTOCICLETA marca/modelo HONDA/CG 150cc TITAN EX, cor VERMELHA, placa PMX 9626-CE, chassi 9C2KC1660FR042831, licenciada em nome de RAFAEL SARAIVA SOUSA**, e em determinado trecho do percurso o autor perdeu o controle da motocicleta e veio a cair sobre o solo, após o ocorrido o autor foi socorrido por um popular para o Hospital de Ararendá/Ce, e dali foi encaminhado para o Hospital São Lucas da cidade de Crateús/Ce., onde foi constatada as lesões decorrentes do acidente, conforme faz prova com o Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica, em anexo.

Após o fatídico acontecimento o(a) requerente de posse de toda a documentação exigida por lei requereu junto uma das seguradoras integrantes do consorcio DPVAT pedido de indenização (**sinistro nº. 3190/604822**), sendo que após a entrega de toda a documentação por lei exigida o(a) requerente foi surpreendido ao tomar conhecimento que seu pedido de indenização não fora indenizado sob alegativa de que o(a) **NÃO SE JUSTIFICA A COBERTURA PLEITEADA, FACE SER A VITIMA O PROPRIETARIO DO VEÍCULO, PARA O QUAL A SITUAÇÃO DE PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT SE CARACTERIZA COMO IRREGULAR (conforme carta em anexo)**. Ocorre Excelência, conforme carta anexa emitida do site da seguradora líder, o autor quitou o exercício 2019, ademais, vale ressaltar que a conduta de recusar o pagamento do seguro por falta de pagamento, para o caso em questão, não seria somente errada, já que o pagamento encontra-se em dia, mas seria, também, uma infringência à súmula 257 do Superior Tribunal de Justiça.

Igualmente, o(a) requerente juntou TODA documentação exigida por Lei conforme segue em anexo a este petição, além do fato do(a) mesmo(a) ser portador(a) de sequelas permanentes em decorrência do acidente, o que restará provado por ocasião da realização da perícia médica judicial, caso seja necessário.

No presente caso, o(a) requerente ficou com debilidade permanente parcial em **MÃO DIREIRO E PÉ ESQUERDO**, ou seja, de acordo com a tabela anexa a lei 11.945/2009 a indenização da parte autora poderá atingir o limite de **ATÉ 100% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, quanto ao valor efetivamente (o)a autor(a) terá direito a parte autora somente a perícia médica vai constatar, uma vez que o autor(a) é portador de sequela parcial.



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

A tabela do DPVAT advinda com a Lei nº. 11.945/2009 estabelece que em casos como o da parte autora o valor da indenização poderá chegar ao patamar de **ATÉ 100% (cem por cento)** do valor previsto na referida Lei, o que equivale a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, de acordo com a tabela abaixo:

DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés						
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior						
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral						
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica						
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores						
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho						
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo						
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé						



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

Perda integral (retirada cirúrgica) do baço						
---	--	--	--	--	--	--

O STJ publicou a súmula 474 em 13.06.2012, a qual determina que em caso de invalidez permanente parcial, a indenização do seguro DPVAT deve ser paga de forma proporcional ao grau de invalidez da vítima.

Portanto, não tendo o(a) requerente **recebido nenhuma indenização**, este(a) **tem direito a receber quantia de acordo com sua lesão/invalidez permanente que será apurada em momento oportuno por perito judicial indicado por este juízo podendo o valor da condenação atingir o limite de ATÉ 100% (cem por cento)** do valor previsto para o seguro obrigatório DPVAT, o que corresponde a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, nos termos da Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.495/2009.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADO RÉ

A responsabilidade pelo pagamento da indenização referente ao seguro DPVAT pago parcialmente, por invalidez de vítima causada por veículo automotor de via terrestre, é da seguradora que efetuou pagamento parcial, ou de qualquer uma que pertença ao Consórcio, existindo, inclusive enunciados nesse sentido:

“Enunciado 26: O Beneficiário do seguro Obrigatório (DPVAT) pode postular de qualquer seguradora integrante do convênio (resolução SUSEP–CNSP n.º 56/2001) o complemento de indenização paga a menor, ainda que o pagamento anterior tenha sido efetuada por seguradora diversa–Turma Recursal–TJPR”.

No mesmo sentido o STJ: “SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Procedente. Recuso conhecido e provido. (REsp. 401.418/MG, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR< QUARTA TURMA< julgado em 23.04.2002.. DJ 10.06.2002. p. 220).”

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, **tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.**

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

“Art. 22 - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e **aos de sucumbência.**”

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexos com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional dos patronos desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 20 do CPC, assim verbis:

Art.20 - A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e **os honorários advocatícios (...)**

§1º - O juiz, ao decidir qualquer incidente ou recurso, condenará nas despesas o vencido. (Alterado pela L-005.925-1973)

(...)

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)

§ 4º–“Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação eqüitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)

a) O GRAU DE ZELO DO PROFISSIONAL;

Por ter laborado em nome da dignidade da pessoa humana, por rebater a avareza da Seguradora Requerida, de todas as formas em direito admitidas, com muito zelo, modestamente requer-se que a Requerida seja condenado no pagamento de honorários advocatícios.



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

Contudo, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, § 3º, ou seja, entre 10% a 20%, caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo permitido em lei, ou seja, o máximo permitido em lei é de R\$ 13.500,00, portanto, a metade é de R\$ 6.750,00, aplicando assim, o parágrafo 3º do art. 20, que assim prevê:

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)

Porém, caso o valor a ser indenizada à parte autora, não ultrapasse a metade do valor máximo permitido em lei, o que torna pequeno o valor, requer a aplicação do parágrafo 4º do art. 20, que assim prescreve:

§ 4º—“Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)

Esse dispositivo existe no Código de Processo civil, para evitar que honorários os honorários sejam irrisórios, aviltantes, e até desrespeitoso. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é pacífica quanto à aplicação do artigo 20, § 4º, do CPC aos casos como o dos autos, senão vejamos:

“Pequeno que seja o valor da causa, os tribunais não podem aviltar os honorários de advogado, que devem corresponder à justa remuneração por trabalho profissional; nada importa que o vulto da demanda não justifique a despesa” (STJ, AI n. 325.270-SP, rel. Min Nancy Andrighi, j. em 20-3-2001).

“O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional.” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/03/2008, DJe 23/04/2008 – grifou-se.)

Diante do exposto, requer seja a Requerida condenada a pagar os honorários advocatícios, no patamar de 20% (vinte por cento) caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo indenizável, ou que seja arbitrado um valor equitativamente de acordo com o § 4º do art. 20 do CPC, caso o valor da condenação seja baixo.

PEDIDOS

Diante do exposto, sendo pacífica a legitimidade passiva e a existência do direito do (a) Autor (a), bem como preenchidos todos os pressupostos necessários, requerer a Vossa Excelência o que segue:



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

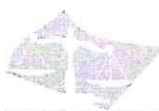
End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

- A) A citação da ré no endereço supramencionado para, querendo, responder à presente pretensão jurisdicional no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, constando do mandado as advertências do artigo 285 do CPC;
- B) Que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, condenando a Seguradora ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT ao requerente, no percentual efetivamente devido de acordo com a lesão apurada em perícia médica, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;
- C) Que não tem interesse na realização de audiência de conciliação prévia com base no art. 319, inciso VII do novo Código de Processo Civil, uma vez que, a seguradora só realiza acordo após realização de perícia médica;
- D) Que após ouvir as partes, sejam, os autos remetidos ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania a fim de participar de mutirão DPVAT.
- E) Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos da lei, pois, as perícias médicas dessa natureza estão suspensas pela PEFOCE;
- F) Que eventual perícia a ser realizada pela PEFOCE seja preferencialmente o de abrangência do município onde o(a) autor(a) reside;
- G) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;
- H) A intimação do Ministério Público para participar do feito, se for o caso;
- I) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, **respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC.**
- J) De forma cumulativa, requer-se condenação da Ré em quantum indenizatório referente aos danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).**

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Ararendá/CE, 26 de Dezembro de 2020.



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Rafael Saraiva Sousa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Operador de Máquinas</u>	Carteira de Identidade: <u>2004021095403</u>	
CPF nº: <u>025.123.123-21</u>	Residência: <u>Conjunto Varjota, S/Nº</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Araucária</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>62210-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 31 de Julho de 2020.

x Rafael Saraiva Sousa
 (outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Rafael Souza Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Residência: <u>Conjunto Varigata S/Nº</u>		Profissão: <u>operador de máquina</u>
CPF nº: <u>025.123.123-21</u>	RG nº: <u>2004021095403</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Amorinda</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>62210-000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE, 31 de julho de 2020.

Rafael Souza Silva

Declarante

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

NOME
RAFAEL SARAIVA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSOR UF
 2004021095403 SSP CE

CPF
 025.123.123-21

DATA NASCIMENTO
 16/01/1986

FILIAÇÃO
 JOAO DE DEUS PEREIRA
 DE SOUSA
 ALBERTISA SARAIVA DA
 SILVA SOUZA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
 05147643824

VALIDADE
 14/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
 02/02/2011

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO TITULAR
 RAFAEL SARAIVA SOUSA

LOCAL
 CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
 22/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 80545958775
 CE150194765

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1225944547

PROIBIR PLASTIFICAR
 1225944547



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Royall Saraiva Souza</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Residência: <u>Conjunto Varista</u>		Profissão: <u>operador de Maquina</u>
CPF nº: <u>025.223.123-21</u>	RG nº: <u>2004021095403</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Amarinda</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>62220-000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 31 de Julho de 2020.

*Royall Saraiva Souza
 (declarante)

Nº do Cliente: **6666486**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 054984943

Rota: AD008U01 - 45001
Nome: MARIA NATTIE BEZERRA DE SOUSA
Endereço: CJ VARJOTA, 00000, CENTRO, 62210-000, ARARÉNDIA

Referência: 03/2020

Classificação: Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
Ligação: Monofásico

Emissão: 12/03/2020
Medidor: 2238893 - FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
12.02.2020	12.03.2020	12.04.2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FE	15.755	15.650	1.00	105	00	105	0,22357	23,47

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	21,88
PIS COMPL BX RENDA	0,29
COFINS COMPL BX RENDA	1,37
DESCONTO BAIXA RENDA	-25,91
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	25,91
JUROS MORATÓRIOS	0,50
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18833
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32357
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,48800

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	56,65	1,16	0,65
COFINS	56,65	5,30	3,00

VENCIMENTO: 20/03/2020

CONSUMO CONSIGENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
40,99	0,00	0,00

CPF/CNPJ: 054.067.593-88

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 13/02 - 12/03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019719027

fls. 13



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3340 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2019 12:19:48**
Data / Hora da Ocorrência: **18/08/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 189 - LOCALIDADE DE CAJA DOS QUADROS, ZONA RURAL - IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **RAFAEL SARAIVA SOUSA**
Nascimento: **16/01/1986** CPF: **025.123.123-21**
RG: **2004021095403** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: **CE**
Filiação: **ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA**
JOAO DE DEUS PEREIRA DE SOUSA
Endereço: **RUA ARRUDA, 271** CEP:
Bairro: **CENTRO**
Município: **ARARENDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99459-2692**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMX9626** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** Chassi: **9C2KC1660FR042831** Renavam: **1046529916** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAFAEL SARAIVA SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a declarante que pilotava a MOTOCICLETA de PLACA: PMX9626, HONDA/CG 150 TITAN EX, na CE 189 - LOCALIDADE DE CAJA DOS QUADROS, IPAPORANGA/CE, a uma velocidade média de 80km/h e ao fazer uma conversão a direita, em uma curva um pouco acentuada, perdeu o controle da MOTOCICLETA supra e caiu ao solo; QUE foi socorrido por um popular de nome: ANTONIO EDIJAUMA LOPES SILVA, que trafegava na mesma via, e parou para prestar socorro; QUE foi para o hospital da localidade de ARARENDÁ e um dia após o acidente foi transferido para o HOSPITAL SÃO LUCAS, situado nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR de nº 149888, relatando: "RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SOFREU TRAUMA EM PE ESQ E MÃO DIREITA"; QUE apresenta como testemunha do acidente supracitado a pessoa de nome: ANTONIO EDIJAUMA LOPES SILVA RG; 55.486.830-1 e CPF: 023.128.313-09, tendo sido testemunha ocular do acidente supracitado e afirmando ter prestado socorro a vítima e WELLYNGHTON ALVES DIAS, CPF: 055.905.013-50 E RG: 2007427592-0, que afirma ter presenciado o condutor e vítima caído solo após sofrer o acidente supracitado.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
 Impresso nº 2019719027



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3340 / 2019

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *✓ Raphael Emanuel Sousa*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

✓ Antonio Felipe da Silva

✓ Wellyghton Alves Dias.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038542941
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CLAUDI OOD. RENAVAM: 1046529916 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2019

RAFAEL SARAIVA SOUSA

ARARENDA/CE

CPF / CNPJ: 02512312321

PLACA: PMX9626

PLACA ANT. / UF: *****/CE

CHASSI: 9C2KC1660FR042831

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.: 2015 ANO MOD.: 2015

CAP / POT. / CIL: 2P/0CV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA: COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º: 2º: 3º: FAIXA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 1º: 2º: 3º:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 05/09/2019

OBSERVAÇÕES

ARARENDA LOCAL

LOCAL

Igor Ponte
Secretário de Ararendá



10/01/2020

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015038542941 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

02512312321

PMX9626

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

015038542941

56077036949

EXERCÍCIO: 2019

DATA EMISSÃO: 10/01/2020

VIA: 01 CPF / CNPJ: 02512312321

PLACA: PMX9626

RENAVAM: 1046529916

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.: 2015

CAT. TARIF.: 09

CHASSI: 9C2KC1660FR042831

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 36.05

DENATRAN (R\$): 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0.15

IOF (R\$): 0.32

84.58 PELO SEGURO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA

PARCELADO

05/05/2019

PROPRIETÁRIO: LOTE/DOC. REGISTRADO NA LIDERE DPVAT
MOTOR: KC16E6FU42831

07:10

ARARÉNDIA

www.ararendia.ce.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS: 404602692396120

Nº: 01

18/08/19

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Rafael Saraiva Sousa

Contato: ()

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nasc. 16/04/86 Idade: 33a

Naturalidade: Ararédia Prof.: _____

Procedência: U

Residência: Mestre Prochando

Filiação: João de Deus Pereira de Sousa e Abaí

Cônjuge: Saraiva da Silva Sousa

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL:

4. PESO _____ KG: _____ 5. P.A. e 6. TEMPERATURA: _____ DX: _____

7. EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Júnior Fernandes
MÉDICO - CRM: 6029
PSF LSA / HMFML
Ararédia

X natie.
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
18/08/19	Tremel 100g + 100g de su + 100g de su	07:30
	8/8h	15:30
	Pr per (E)	23:30
	Pr met (D)	07:30
	Profe mel 100g + 100g de su + 100g de su	18
	Dipirone 100g + 100g de su	12:18
	Dipirone 100g + 100g de su	00:00
	Obs: ver anexo	
	Ser + CME	
	As 18:00h - PA: 140/90 mmHg -	



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Ararédia-CE, 18/08/2019

MANOEL CUSTINHO MOURÃO - Tabelado

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ENFERMEIRA
COREN/CE: 458602

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 26/10/2020 às 08:47:59, sob o número 00504335420200060037. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050433-54.2020.8.06.0037 e código 7906FC6.



GOVERNO MUNICIPAL
ARARENDÁ
DE MÃOS DÁVILAS COM O Povo
WWW.ARARENDA.CE.GOV.BR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

RAIMUNDO ADRIANO MELO DA SILVA
Diretor Geral
Hosp. Mun. Francisco Mourão Lima
CPF: 053.835.587-00

Unidade de Origem: HMFUL

Distrito Sanitário: 15º

Município: Ararendá

Nome: Rafael Saraiva Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 16/01/86 Ocupação: _____

Endereço: Monte Machado

Bairro: _____

Tel _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente de moto (sic) apresentando
do encefalo pelo corpo, edema e chris em MSD e MIE.

Resultado de Exames

Solicito avaliação / consulta com traumatologista

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Dr. Pedro Moacyr Bezerra

MÉDICO

CREMESP 17800

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médico

Função

18.08.19

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 18
Impressão: 19/08/2019 10:54

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 149888	Atendimento 0001	Nome do Paciente RAFAEL SARAIVA SOUSA	CNS 704602692596120	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 025.123.123-21			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 16/01/1986	Local ARARENDA/CE			Idade 33 Ano(s)
Pai JOAO DE DEUS PEREIRA DE SOUSA	Mãe ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA			
Endereço RUA PROFESSOR MESTRE MACHADO, SN	Bairro VARJOTA	CEP 62210-000	Município ARARENDA	UF CE
Profissão OPERADOR DE MAQUINA	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 94423291
Responsável ALBETISA SARAIVA DA SILVA SO	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR MESTRE MACHADO, SN	Município ARARENDA	UF

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/08/2019	Hora 10:01	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS			CRM/UF 6253/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	
Observação trouxo guia de referencia dia 19/08/2019				
Sala	Data/Hora Liberação 19/08/2019 10:54		Tipo de Saída Alta clínica	

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
	80,000		36	73	20	153 X 109	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 19/08/2019 09:50

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de acidente de moto (sci), apresentando escoriações em MMII, MMSS, com dor e edema em MSD na mão, e MSIE no pe.

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

19/08/2019 10:54:15h Responsável: FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM-CE 6253

RELATO DE ACIDENTE DE MOTO

SOFREU TRAUMA EM PE ESQ E MAO DIREITA

RX DA MAO D AP/P

RX DO PE ESQ AP/P

RX DO PUNHO ESQ AP/P

Amalino da Silva

fratura mão (D)

semiluxação hallux (E)

Prof. Dr. Francisco Elanildo Martins

Dr. Elanildo Martins
CRM 6253

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Antônio Erismar Alves Sousa
1075151-7E
Técnico em Enfermagem

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ALBETISA SARAIVA DA SILVA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRSL

2 - CDES

241811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRSL

4 - CDES

241811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rafael Darcina Dausa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

549888

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/01/1986

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Cibetira D. da Silva Dausa

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Praça mestre machado, SN - Varjota

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araranda

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 62210000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

haveria um pé ③ a luxação
de halux + fratura de quinto dedo,
nao ②

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pto sob anestesia

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

anestesia + exame físico + laudo de pé ③

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

luxação halux + fratura mão ② S929

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014080002019

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30241214123210

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Junior F. Fernandes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/19

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

Junior F. Fernandes
CRM 5029

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Carlos Roberto Marques

Médico Auditor CRM/DF 10242

Secretaria de Saúde

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

Resumo/Sumário de alta

Paciente: RAYANE SARAIVA SOUSA

Data de Nascimento: 10.01.1980

Idade: 40 Anos

Sector: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas do pé

Diagnóstico Secundário: S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas do pé

Data de Alta: 23/08/2019

Nome da Mãe: ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora da Alta: 08:57

fls. 20

Impressão: 23/08/2019 08:58

Página: 1

Prontuário: 149888

Data da Internação: 19/08/2019

Leito: 012 - 0001

CRM: 6945

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO DO 1º PODODACTILO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX 1º PÉ

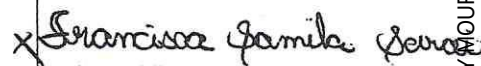
Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945


Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente
RAFAEL SARAIVA SOUSA
Data de Nascimento: 16/01/1986 Idade: 33 Ano(s)
Nome da Mãe: ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA
Aposentado: ENFERMARIA

Prontuário
149888/0001

Quarto Leito:
012/0001

6945

Dr. SALES JORQUEIRA

Sector
CLINICA CIRURGICA

Especialidade
CIRURGICA

Diagnóstico
S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas d S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas d

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 23/08/2019 09:26:38

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR MELHORA APOS REAVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA. ENTREGUE AVISO DE ALTA, RECEITAS E ATESTADO ORIENTADO QUANTO RETORNO. NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ABFEBRIL, EUPNEICO, NORMOSATURANDO EM O2 AMBIENTE.

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

Mª Soraia Nepomuceno Barbosa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 1040498

Francisca Camila Saraiva Sousa

SINISTRO 3190604822 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL SARAIVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RAFAEL SARAIVA SOUSA

CPF/CNPJ: 02512312321

Posição em 26-10-2020 08:01:56

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.

- Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?

- Bom dia senhor Rafael. Em que posso ajudar?

- SOBRE MEU PEDIDO
- DE INDENIZAÇÃO
- SINISTRO: 3190604822

- Por gentileza, para que eu possa pesquisar o seu processo, me informe inicialmente os seguintes dados: CPF do beneficiário, nome do beneficiário e nome da vítima.

- CPF: 02512312321
- nome vítima e beneficiario: RAFAEL SARAIVA SOUSA

- Agradeço pelas informações. Por favor, aguarde um momento enquanto faço a sua consulta.
- Obrigada por aguardar.
- Identifiquei o processo de Cobertura Invalidez.
Sinistro 3190604822.
Processo encontra-se cancelado.
- Vítima/proprietário Irregular.

Vencimento: 31/01/2019
Pagamento: 05/09/2019
Acidente: 18/08/2019

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2019 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 05/09/2019

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	CE/PMX-9626
CHASSI Nº:	9C2KC1660FR042831
RENAVAM:	01046529916
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 84,58 (OITENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E OITO CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Ararendá

Vara Única da Comarca de Ararendá

Rua Prefeito Francisco Landim, S/N, Centro - CEP 62210-000, Fone: (88) 3633-1000, Ararenda-CE - E-mail: ararenda@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050433-54.2020.8.06.0037**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Rafael Saraiva Sousa**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Recebo a petição inicial, por encontrar-se na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil Brasileiro.

Defiro a gratuidade judiciária por estarem presentes os requisitos legais.

Tendo em vista o desinteresse em conciliação e a ausência de laudo judicial, deixo de designar audiência de conciliação.

Citem-se o(s) requeridos (s) de todo o teor da inicial e deste despacho, para apresentar contestação no prazo legal, ocasião em que pode juntar proposta de acordo.

Ararenda, 26 de outubro de 2020.

Rafaela Benevides Caracas Pequeno
Juíza de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Ararendá

Vara Única da Comarca de Ararendá

Rua Prefeito Francisco Landim, S/N, Centro - CEP 62210-000, Fone: (88) 3633-1000, Araranda-CE - E-mail: araranda@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0050433-54.2020.8.06.0037**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Rafael Saraiva Sousa
Requerido **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 27/10/2020 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: "Recebo a petição inicial, por encontrar-se na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil Brasileiro. Defiro a gratuidade judiciária por estarem presentes os requisitos legais. Tendo em vista o desinteresse em conciliação e a ausência de laudo judicial, deixo de designar audiência de conciliação. Citem-se o(s) requeridos (s) de todo o teor da inicial e deste despacho, para apresentar contestação no prazo legal, ocasião em que pode juntar proposta de acordo."

Araranda/CE, 27 de outubro de 2020.