



## ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### PROCURAÇÃO

#### **OUTORGANTE:**

Nome: VALDERLAN ROCHA SOBRINHO		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	Carteira de Identidade: 2008968336-0	
CPF nº: 074.395.673-74	Residência: RUA SANTOS DUMONT 971		
Bairro: PAJUÇARA	Cidade: MARIACANAUS	Estado: CE	CEP: 64.900-000

#### **OUTORGADA:**

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

#### **PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 FENASEG, 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 31 de OUTUBRO de 2017.

Valderlan Rocha Sobrinho  
outorgante



## ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, VALDELAN RACHA SOBRINHO, brasileiro(a),  
SOLTEIRO, AUX. ADMINISTRATIVO, portador da Carteira de Identidade/RG nº  
2008968336-0-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.395.673-74  
 residente e domiciliado na cidade de MARACANAÚ, estado de  
 Ceará, na Rua SANTOS DUMONT, nº 971,  
 \_\_\_\_\_, 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.

Fortaleza (CE), 31 de OUTUBRO de 2017.

x Valdeilan Racha Sobrinho

Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008968336 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2014

NOME VALDERLAN ROCHA SOBRINHO

FILIAÇÃO VALDECI GILDO SOBRINHO

MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO

NATURALIDADE CANINDÉ - CE DATA DE NASCIMENTO 30/10/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 37/17 FOLHA: 282

LIVRO: A-30 CANINDÉ - CE

CPF

VTA *Daiana de Barros* ASSINATURA DO DIRETOR P.: 13

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



 Polegar Direito 

*Valderlan Rocha Sobrinho*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal 

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 074.395.673-74

Nome VALDERLAN ROCHA SOBRINHO

Nascimento 30/10/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Mãe DA VITIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CANINDÉ

*Maria Eliane Rocha Sobrinho*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição  
**948.217.633-20**

NOME  
MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO

DATA DE EMISSÃO  
20/06/1979

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3250769-98/2** VIA DATA DE EXPEDIÇÃO **13-09-2000**

NOME **MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO**

LOCALIDADE **Francisco Xavier Rocha e Maria Nazaré Rocha**

NACIONALIDADE **Canindé - Ce** DATA DE NASCIMENTO **20. Jun. 1. 1979**

DOC ORIGEM **Cert. Casam. Nº 541. Liv. B-03. Fl. 133**  
**Cart. Dist. de Esperança - Canindé - Ce**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **528033566**

**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

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

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**N° DO CLIENTE**  
**1096132** DV **1**

**VENCIMENTO**  
**13/06/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**126,10**

**DADOS DO CLIENTE**  
Rota 03 026001 16 0131400 Medidor Poste  
Nome MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO 3320454 0000 B07E  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU SANTOS DUMONT 00971 MARACANAU 61900000  
RG / CPF / CNPJ 948.217.633-20 CGF  
Classe 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 30051 29879 1 172 0 172

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
<b>ENERGIA</b>			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,24848	7,45
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,42597	29,81
Consumo faixa 101-220 Kwh	72	0,63898	46,01

**DATAS DE LEITURA**  
Data de Emissão/Apresentação 06/06/2018  
Prev. Próxima Leitura 05/07/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
C9A7.C472.6297.AA85.105E.C139.818A.C686

**ICMS**  
Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
83,27 27% 32,96

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	31,46
TRANSMISSÃO	3,36
DISTRIBUIÇÃO	17,93
ENCARGOS SETORIAIS	4,81
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	37,70

**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES	0,30
MULTA MORATORIA	1,30
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,51
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,48
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	29,24
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 2,92 )	

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,60  
Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I  
Mês ABR/ 2018

**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>)  
0 100

	Padrão Individual Mensal		Apuração Individual Mensal	
	Trim.	Anual	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00
DMIC (h)	5,58		0,00	0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **1096132-1** N° da Nota Fiscal: **528033566** Total a Pagar (R\$): **126,10**  
Data de Emissão: **06/07/2018** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2018 às 10:29, sob o número 01453201220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145320-12.2018.8.06.0001 e código 393F944.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 333 / 2015**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/03/2015 11:49:10**  
Data / Hora da Ocorrência : **31/10/2014 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R. GERALDO AVELINO**

**PAJUÇARA MARACANAU /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **VALDERLAN ROCHA SOBRINHO**  
Nascimento : **30/10/1998**  
RG: **20089683360** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**  
Filiação: **VALDECI GILDO SOBRINHO**  
**MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO**  
Endereço: **R SANTOS DUMONT 971**  
**PAJUÇARA**  
**MARACANAU CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVEIA CONSTAR, OU NÃO INSCRIR OU FAZER INSCRIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVEIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que na data e hora mencionados a vítima qualificada estava de GARUPEIRO na motocicleta SHINERAY XY50-Q, de COR BRANCO, CHASSI LXKXCBL05E0259345, de propriedade de VALDECI GILDO SOBRINHO; QUE a declarante informa que o condutor da motocicleta foi surpreendido por uma motocicleta não identificada de placas não anotada que veio a colidir na motocicleta e a vítima veio a cair ao solo; QUE declara que a vítima não foi socorrida por SAMU, Ambulância, Corpo de Bombeiros, ou qualquer órgão semelhante, e que não foi acionado perito da Polícia Rodoviária; QUE a declarante informa que a vítima foi socorrida por populares e levado para sua residência; QUE o declarante informa que no dia seguinte em virtude das fortes dores a vítima procurou atendimento médico no HOSPITAL ABEMP; QUE declara que a vítima sofreu TRAMAUTISMO DO QUADRIL DIREITO; QUE NADA MAIS DISSE; //////////////

**Noticiante(s)**

Nome : **MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO**  
Endereço : **R SANTOS DUMONT 971**  
Bairro : **PAJUÇARA**  
Município/UF : **MARACANAU CE BRASIL** Telefone:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 333 / 2015**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Amorina Elvans Rocha Sobrinho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO CORREIA DE OLIVEIRA - MAT.: 12700

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2018 às 10:29, sob o número 01453201220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145320-12.2018.8.06.0001 e código 393F947.

# ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

## ATENDIMENTO AMBULATORIAL

14

### ANAMINESE DO PACIENTE

#### DADOS DO PACIENTE

Paciente: VALDERLAN ROCHA SOBRINHO Registro: 225938  
 Idade: 15 anos 11 meses 1 dia CNS:  
 Nome da Mãe: MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO Pai:  
 Endereço: RUA SANTOS DUMONT, 971 PAJUÇARA - MARACANAÚ  
 RG: Órgão Exp: Expedição: CPF:  
 Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:  
 Celular: 8586811039 Telefone: CNS:

#### DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 01/nov/14 Hora: 13:25:23  
 Médico: JULIO ANTONIO CAVALCANTE PARENTE CRM: 3360  
 Especialidade: TRAUMATOLOGIA Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL Atendente: CLAUDEMIR  
 Convênio: SUS Categoria: SUS Matricula:  
 Forma de Chegada: Procedência: Situação:

### RESUMO DE TRATAMENTO

#### MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DOR OMBRO D

#### DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

DOR AO DEAMARAR

#### EXAMES SOLICITADOS:

RX OMBRO D AP

DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO OMBRO D CID: A001 D

PROCEDIMENTO: CONSULTA TRAUMATOLOGIA

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO ( )SIM ( )NÃO

URGÊNCIA ( )SIM ( )NÃO

Nº DE VEZES ( )

MARACANAÚ, 01/11/14

CONFERE C/ ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA  
 DE PAJUÇARA - ABEMP  
 Rua João Conrado Nº363  
 Pajuçara - CEP: 61.941-330  
 MARACANAÚ-CE 11/11/14

030106006  
020106006

Dr. Julio A. C. Parente  
 ASSINATURA DO MÉDICO  
 CPF 740.764.938-34 CRM 3360

Maria Eliane Rocha Sobrinho  
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE



*Erika Marques de Freitas*

Fisioterapeuta  
 CREFITO 5998 - LTF

**RELATÓRIO**

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Valderlan Rocha Sobrinho*

Vítima de acidente de trânsito em 31/10/14 sofreu:

*Traumatismo quadril direito.*

E submeteu-se a tratamento(s):

*Conservador.*

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez com incapacidade funcional de:

*Apresenta ao exame físico dor aos movimentos do quadril direito, diminuição da força muscular do MLD e dificuldade para realizar AVD's.*

Maracanaú: 06/03/2015



**Erika Marques de Freitas**  
 Fisioterapeuta  
 CREFITO 5998-LTF

*Erika Marques de Freitas*  
 Fisioterapeuta  
 CREFITO 5998 - LTF

RECEBEMOS DE ASIA MOTOS CEARA COM E SERVICOS DE MOTOS LTDA OS PRODUTOS/SERVICOS CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000.002.979  
Série 1

**ASIA MOTOS CEARA COM E SERVICOS**

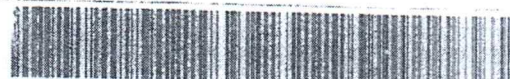


RUA 12 Nº 640 - CONJUNTO JEREISSATI I -  
MARACANAU-CE  
CEP 61605-170  
FONE (85)3371-2331

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA 1  
1- SAÍDA 1  
Nº 000.002.979  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
2314 0712 2682 1700 0166 5500 1000 0029 7913 2831 5539

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizada

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
123140039684566 21/07/2014 12:40:08

NATUREZA OPERAÇÃO

VEND.VEIC.NOVO D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
064079520

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
12.268.217/0001-66

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME RAZÃO SOCIAL

VALDECI GILDO SOBRINHO

ENDEREÇO

RUA SANTOS DUMONT 971

MUNICÍPIO

MARACANAU

FONE/FAX

(85)8918-2953

BAIRRO/DISTRITO

PAJUCARA

CEP

61900-000

CNPJ/CPF

743.034.493-34

DATA DA EMISSÃO

21/07/2014

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

**FATURA/DUPLICATAS**

PAGAMENTO À VISTA

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IRPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.630,80(45,30%)	3.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.600,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

FRETE POR CONTA  
9-SEMPRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO UF

CNPJ/CPF

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DESC.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS
LNYXCBL03E0259343	XY 50-Q PHOENIX Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTO Modelo: XY 50-Q PHOENIX Comb.: GASOLINA An. Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LNYXCBL03E0259343 Motor: IP39FMAEC054662 49cc 2,4 Hp Cor: BRANCO Renum.: 030717 NF Origem: 31115 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	060	5403	UN	1,00	3.600,0000	0,00	3.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MDS: PÉDIDO: VN-1995 PRE-VENDA: 1546 VENDEDOR: CLEYTON FORMA PGTO: A VISTA VEICUL

RESERVADO AO FISCO

IMPOSTO RETIDO POR SUBST. TRIBUTARIA CONFORME CONVENIO ICMS 52/93 125/95 E 44/94 ART.25 LEI 14876/91. DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, O VEICULO ACIMA FOI VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMINIO E SEM ALIENACAO FIDUCIARIA.

12.268.217/0001-66

ASIA MOTOS

RUA 12 Nº 640

MARACANAU - CEP: 61605-170

FONE: (85) 3371-2331

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2018 às 10:29, sob o número 01453201220188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145320-12.2018.8.06.0001 e código 393F947.



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2015

Carta nº: 7389299

A/C: MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO

Sinistro: 3150480301  
 Vítima: VALDERLAN ROCHA SOBRINHO  
 Data Acidente: 31/10/2014  
 Natureza: INVALIDEZ  
 Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA ELIANE ROCHA SOBRINHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003604**

Conta: **000009862-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Multa:	R\$	0,00
--------	-----	------

Juros:	R\$	0,00
--------	-----	------

Total creditado:	R\$	1.687,50
------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

**End.**

**Profissional:** Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE  
Cep. 60.025-060 - Tel.: (Fax): (85) 3035-6947 – E-mail: Kairo\_akrs@yahoo.com.br

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

**AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)**

**PROCESSO Nº 0145320-12.2018.8.06.0001**

**VALDERLAN ROCHA SOBRINHO**, já qualificado na exordial, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu causídico, em **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** que move em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, também qualificada nos autos em epígrafe, requerer **JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO** sem reservas de poderes, em anexo.

Nestes Termos,  
Pede DEFERIMENTO.

Fortaleza/CE, 16 de Julho de 2018.

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**  
**ADVOGADO OAB/CE 24-805**

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

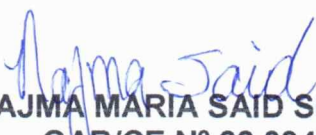
Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)**SUBSTABELECIMENTO**

**NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/CE sob n.º 28.394, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES, os que me foram conferidos por VALDERLAN ROCHA SOBRINHO, nos autos do processo de n.º 0145320-12.2018.8.06.0001, que tramita na 24ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza - CE, para o **Dr. ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 24.805, tudo para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Fortaleza, 18 de jun de 2018.

  
**NAJMA MARIA SAID SILVA**  
OAB/CE Nº 28.394