



01/07/2019

Número: **3000433-31.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **20/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.088,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE (AUTOR)		LUCIANA GONCALVES SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13483 475	20/03/2019 19:55	Petição Inicial	Petição Inicial
13483 549	20/03/2019 19:55	PETICAO INICIAL	Petição
13483 551	20/03/2019 19:55	1- PROCURAÇÃO+DECLARAÇÃO DE POBREZA	Procuração
13483 559	20/03/2019 19:55	2-DOC. PESSOAIS+B.O	Documento de Identificação
13483 573	20/03/2019 19:55	3-COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO	Documento de Identificação
13483 582	20/03/2019 19:55	4-CARTA DE INDENIZAÇÃO DPVAT	Documento de Comprovação
13483 586	20/03/2019 19:55	5- DOCS COMPROBATORIOS	Documento de Comprovação
13483 623	20/03/2019 19:55	Intimação	Intimação
16184 190	13/06/2019 09:43	Intimação	Intimação

PETIÇÃO INICIAL

AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DE SOBRAL-CE.

PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE, brasileiro, casado, operador de maquina, portador da carteira de identidade nº 20078286870 SSP/CE sob o nº 019.109.543-57, residente e domiciliado no lugar denominado Avenida Dr. de Paulo Pessoa, 508, bairro Sinhá Saboia, Sobral/ CE, CEP: 62.100-000 vem, por intermédio de sua procuradora infra-assinada, com escritório profissional á Rua Padre José Beviláqua, s/nº Centro, Viçosa do Ceará, Ceará, CEP 62.300-000, vem, respeitosamente propor.

AÇÃO DE COBRANCA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORALÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito, privado, inscrita no CNPJ sob o número 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº74,5º,6º,9º,14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-205, pelas questões de fato e direito apresentadas a seguir.

PRELIMINARMENTE- DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Tendo em vista que o Autor não possui condições financeiras de arcar com as custas e demais despesas processuais, sem que isso lhe acarrete prejuízo financeiro, para tanto com amparo na Lei 1060/50, pede lhe seja concedida Assistência Judiciária Gratuita.

DOS FATOS E DOS DIREITOS

O reclamante foi vítima de acidente automobilístico na data de 14 de Setembro de 2017, conforme boletim de ocorrência anexo da polícia Civil.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como: **FRATURA NO BRACO ESQUERDO.** conforme cópia de prontuário em anexo e parecer de perícia médica, resultando redução funcional, conforme prontuário médico acostado a exordial

Ora Excelência, a requerida somente pagou a quantia de R\$ 6.412,50(seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), valor este incompatível com a invalidez causado pelo acidente automobilístico, posto que após o sinistro o mesmo não possui uma vida normal.

Acontece que a parte autora recebeu administrativamente o valor de R\$ 6.412,50 (seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), conforme demonstrativo de pagamento da seguradora líder em anexo datado em 30/03/2018, pagamento efetuado na Agência: 000000554, Conta: 00000257043-7, Tipo: CONTA POUPANÇA.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional do membro supra mencionados corresponde a o valor do teto correspondente a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) conforme tabela DPVAT, segundo prontuário médicos acostado em anexo.

Outrossim, o art. 5º da lei nº 6.194/74 determina que o pagamento da indenização deve ocorrer mediante simples prova do acidente e do dano corrido, o que não ocorreu, já que o autor teve seu direito legalmente garantido negado.

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

O site da seguradora ré define invalidez da seguinte maneira:

Considera-se invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução indenizada pelo seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável ao fim do tratamento médico (alta definitiva). A invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

O próprio nome do seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela lei nº6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro, A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade

Tendo em vista as previsões legais da lei nº 6.194/74, alterada pela lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz jus á indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente,

conforme atesta os documentos médicos em apenso no valor estabelecido conforme o Art. 3º, inciso II e III, in verbis:

Art. 3º Os danos pessoas cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) – como reembolso á vítima – no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidadedo segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis a sua pretensão, têm o requerente direito á indenização. Dessa forma, o autor busca junto aos braços do Poder judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades do Autor, tendo em vista os inúmeros ferimentos, sendo eles **FRATURA NO BRACO ESQUERDO**, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço, uma vez que permanece debilitado.

Destarte, não há falar em aplicação de limitadores no valor da indenização, estabelecidos mediante gradação de invalidez permanente, arbitrados em normas de hierarquia inferior, pois não á dado á resolução restringir benefício se a lei ordinária regulamentada não o fez. Atende-se. Com tal atendimento, a interpretação história da norma legal, valorando o verdadeiro e original espírito da lei, segundo almejado na “mens legislatoris”, bem assim a hermenêutica sistemática do dispositivo legal em análise, adequando-o aos princípios da constituição Federal.

Tendo em vista todo o exposto, bem como os laudos médicos periciais colacionados exordial, entende-se que o valor arbitrado para o DPVAT merecido pelo Autor não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado as presentes sequelas em caráter permanente em que o Autor se encontra.

No caso em tela, a parte autora recebeu pequeno percentual ao qual lhe é devido, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Portanto é jurídica e perfeitamente

possível e pretensão deduzida, que diz respeito á cobrança da indenização assegurada pelo referido seguro, diante do implemento do risco contratado, quanto a se tratando de responsabilidade objetiva a que esta sujeita a empresa seguradora

DOS PEDIDOS

Face ao exposto, requer a parte autora

- a) A concessão dos benefícios da **assistência judiciária gratuita**, nos termos da Lei 1.060/50, visto que o requerente não possui condições financeiras para arcar com as custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme faz prova declaração de pobreza anexa;
- b) A citação da reclamada para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia;
- c) A condenação da requerida ao pagamento da devido do seguro DPVAT a parte Autora, no valor de R\$ 7.088,00 (sete mil e oitenta e oito reais), conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do pagamento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação.
- d) A condenação da requerida em custos e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.
- e) A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente, a prova testemunhal, prova documental e perícia médica.
- f) Ao final a **TOTAL PROCEDÊNCIA** da presente demanda, para o pagamento da diferença do seguro devido ao Autor.

Dá-se á causa o valor de R\$ 7.088,00 (sete mil e oitenta e oito reais)
Nestes termos pede deferimento.

Sobral/CE, 20 de março de 2019.

Luciana Gonçalves Silva

OAB/CE 27.103

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE, brasileiro, casado, operador de maquinas, portador da cédula de identidade de nº 20078286870 SSP/CE e CPF de nº. 019.109.543-57, residente e domiciliado na Avenida Dr. Antônio de Paulo Pessoa, 508, bairro Sinhá Saboia, Sobral/CE.

OUTORGADA : LUCIANA GONÇALVES SILVA, brasileira, solteira, maior, advogada, CPF: 877.388.723-49 inscrita na OAB/CE de nº 27.103, com escritório Jurídico localizado na Rua Padre José/Praça Bezerril Fontenele, s/nº, centro, Viçosa do Ceará/ CE, CEP: 62300-000.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judicium et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento desde mandato, especialmente para: **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA DE SEGUROS DPVAT**, inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho desde mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre a qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Viçosa do Ceará/CE, 03 de Julho de 2018.



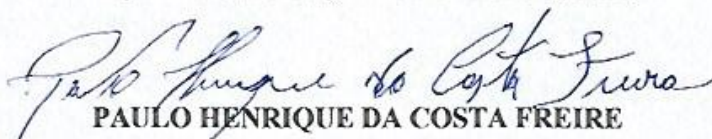
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**, brasileiro, casado, operador de maquinas, portador da cédula de identidade de nº 20078286870 SSP/CE e CPF de nº. 019.109.543-57, residente e domiciliado na Avenida Dr. Antônio de Paulo Pessoa, 508, bairro Sinhá Saboia, Sobral/CE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará-CE, 06 de Novembro de 2018.


PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 20078286870 SSP CE

CPF: 019.109.543-57 DATA NASCIMENTO: 26/08/1985

FUNÇÃO: ANTONIO EDUAR FREIRE
 SONIA MARIA DA COSTA

PERMISSÃO: ACC CALHAR: AD

Nº REGISTRO: 04275998605 VALORDE: 09/07/2028 1ª HABILITAÇÃO: 05/01/2008

OBSERVAÇÕES:
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: *Paulo Henrique da Costa Freire*

LOCAL: SOBRAL, CE DATA EMISSÃO: 05/08/2015

Assinatura do Emissor: *Im V...*

75334500715
 02148433804

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1091088222

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1091088222

3674968-0
 Para agilizar seu atendimento, utilize o QR código
 sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.041.251/0001-70 | CGF 06.105.848-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 501021286

Rota 09 32000 10 006500 - 0 Data de Emissão 16/11/2017

Nome PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

End. Postal AV DR ANTONIO DE PAULO PESSOA 00503 00503
 COMAB II - SOBRAL -

Medidor 23650870 Poste 0000 B635

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 019109543 57 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO								
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta								
Nov/2017	16/11/2017	15/12/2017	Conjunto								
ICMS			Mês								
Base de Cálculo (R\$)			Dez 2017								
Aliquota			Eneq 21,00								
Valor do Imposto			Padrão Individual								
75,16	27,00	0,29	Mensal			Trim.			Anual		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5,19	10,30	20,77	1,25	1,71	0,00		
BEP4.F929.AE32.H510.2904.EF13.441.1075			FIC	0,20	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00		
			DMIC	0,34							
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO											
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)				
5078	9777	1100	101	1,00	100	0,75	75,16				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	75,16
MULTA HORATORIA REF 08/017	1,35
CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS	0,33
JUROS DO MÊS	0,77
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,88
ADICIONAL SANCAO POR VERBA LTA MÊS	0,25

15/12/2017 **90,49**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia
 Tarifa Social
 Iluminação
 Correção Monetária
 JUROS
 MULTA
 ADICIONAL SANCAO
 TOTAL

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

90	101	113	95	91	95	83	84	77	77	87	79	93
----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 43,65 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consistência Ecológica (NCCO) 0,00

INFORMAÇÕES VALORES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Para evitar o corte de energia, o cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o vencimento.

TERMINO ANTES DO

Mês 12/2017 Valor R\$ 90,49

Total 90,49

Consta desta fatura R\$ 2,50 referente a PIS e COFINS Ativos: PIS:0,64 e COFINS:12,86.

Nº do Cliente: 3674968-0 Referência: Total a Pagar (R\$) Nov/2017

Data de Emissão: 16/11/2017 Nº da Conta: 501021286



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 41 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2018 14:51:40**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2017 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA SENTIDO FORQUILHA SOBRAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **FORQUILHA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A CACIBINHA**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Nascimento: **26/08/1985** CPF:
RG: **20078286870** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **SONIA MARIA DA COSTA**
ANTONIO EDMAR FREIRE
Endereço: **AVENIDA ANTONIO DE PAULO PESSOA, 508**
Bairro: **SINHÁ SABÓIA** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHY3565** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2JC4110CR322208 Renavam: **473375346** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **FRANCISCO HENRIQUE FARIAS DE SOUSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante devidamente qualificado informa que: estava pilotando a moto de placa OHY-3565/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um outro motoqueiro se assustou e bateu na lateral da moto do noticiante, momento este que um animal invadiu a pista e colidiu também com o noticiante; Que caiu no chão, tonto e ficou desacordado; Que não sabe informar a placa e nem dados do outro motoqueiro; que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral e que teve fratura no braço esquerdo; Que fez cirurgia e que ainda vai fazer fisioterapia no referido membro. E, nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

88 - 9444 - 7246

Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/01/2018 15:09:31



ORTOPEDIA
CENITIC 5442

GRONINGEN
D-4010

主として、 α と β の二つの成分からなる。この二つの成分は、それぞれ異なる物理的性質を持つ。例えば、 α 成分は、 β 成分よりも、より高い融点を示す。また、 α 成分は、 β 成分よりも、より高い熱安定性を示す。この二つの成分の存在は、合金の機械的性質や物理的性質に大きな影響を与える。例えば、 α 成分の割合が増えるほど、合金の強度や硬度は増加する。また、 β 成分の割合が増えるほど、合金の延性や加工性は向上する。したがって、合金の組成や熱処理条件を適切に制御することで、望ましい機械的性質や物理的性質を持つ合金を製造することができる。

74441246 *



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 07:30h

PROCEDÊNCIA: Sobral

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANO DE SAÚDE
☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☒ OUTRAS AMBULÂNCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Pete, rua, sem calçada, moto - moto, sem alvará

PA: 1 PULSO: FR: TEMP: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento de
- ☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde?
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
- ☒ Atropelamento: ☐ Carro ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☒ Moto: ☒ com capacete ☐ sem capacete
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
- ☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: Quilombo da Mata



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557704521

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
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
3674968 DV **0**

VENCIMENTO
15/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
74,11

Rota 09 032000 10 06500 Medidor Poste
Nome PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE 23650870 0000 B63S
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV DR ANTONIO DE PAULO PESSOA 00508 00508 COHAB II
SOBRAL

RG / CPF / CNPJ 019.109.543-57 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante - Consumo (kWh) + Consumo Incl. - Consumo Faturado

FP 11182 11089 1 93 0 93

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA	93	0,72504	67,42
CONSUMO			

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
14/01/2019	13/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FA1F.2834.8B52.1E47.C589.6647.5DD2.7B35

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
67,42	27%	18,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,04
TRANSMISSÃO	2,67
DISTRIBUIÇÃO	14,27
ENCARGOS SETORIAIS	3,82
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	21,62

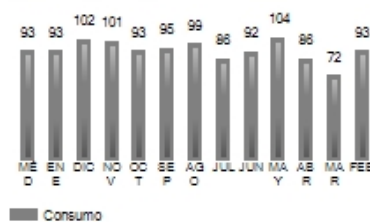
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,18
Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 3,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **3674968-0** N° da Nota Fiscal: **557704521** Total a Pagar (R\$): **74,11**
Data de Emissão: **26/01/2019** Referência: **JAN/2019** N° de Controle: **0003674968 00120 4332 2 61**

83870000000-1 74110031000-3 00036749680-1 01204332215-1



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Carta nº: 12456750

A/C: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Nº Sinistro: 3180049216
Vitima: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Data do Acidente: 14/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

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: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Valor: R\$ 6.412,50
Banco: 104
Agência: 000000554
Conta: 00000257043-7
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Francisco Carlos Mendes, médico
 por admissão (R. e. em 2012)
 por decisão (D) - substitui

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Francisco Carlos Mendes, médico
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CPF: 200.849.113-5
 Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Santa Casa de M. de P.
 ONTARE, COM O. P.
 Ass. Médico

SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2017003

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT SAO VICENTE DE PAULO
2 - CNES
2552086
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
UNIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT SAO VICENTE DE PAULO
4 - CNES
2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Rafael Henrique da Costa Lima
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1
7 - DATA DE NASCIMENTO
01/01/1991
8 - SEXO
Masc ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
9 - RAÇA/COR
10 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE
Diana de Souza
12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua ... nº ... bairro ...
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rto. de fratura do antebraço e punho
da mão esquerda

Ex. médico: Luciano da Silva

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de antebraço

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de antebraço

24 - CID 10 PRINCIPAL

S523

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteosíntese

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - CLÍNICA

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408020431

Dr. José Roberto de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 49207 EOT-0088
CPF 378.930.503-06

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

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 SÃO VICENTE DE PAULO
HOSPITAL MAT. SÃO VICENTE DE PAULO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

42017001

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Nascimento: 26/08/1985 Local: SOBRAL País Nacionalidade: Brasil
Sexo: Masculino Raça/Cor: Parda Etnia: Estado Civil: Casado(a) Religião:
Documento(s): CPF: 019.096.42-57 N°: S/N Bairro: BARRENTO
Endereço: FAZENDA DA TOMÉ Empresa: CPF do Responsável: 70.2801.125.5598-85
Fone: (88)9944-1111 Profissão: AGRICULTOR Fone Empresa: CEP: 62500-000
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE Fone Responsável:
Endereço Responsável: Cônjuge: ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE
Mãe: SONIA NEVES DA COSTA Pai: ANTONIO EDVAR FREIRE


DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Mora: 22/09/2017 - 08:33 Quarto/Leito: 062-0002 Aposento: ENFERMARIA Matricula:
Convênio: SUS Clínica: CIRURGICA Autorização:
Médico: JOSE HENRIQUE CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR Setor: EMERGENCIA ADULTO
CID Principal: S51.9 Ferimento do antebraço, parte não especificado Dias: 0 Guia:
CID Complementar: X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais específicos CRM: 4920
Ortografia: Sisprenatal:
Usuário: SAMARA DOS SANTOS ALVES Procedimento SUS: Usuário Salda:
Data Saída: Hora: Condição da Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

ITAPIPOCA, 22 de setembro de 2017

Assinatura do paciente
Responsável: Impressão: SAMARA DOS SANTOS ALVES


Assinatura do responsável



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 22/09/2017 17:59

Página 1

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 236351	Atendimento 0001	Nome do Paciente PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE	CNS 702801125559865	Guia de Autorização
Documento(s) CPF 019.109.543-57			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 26/08/1985	Local SOBRAL/CE			Idade 32 Ano(s)
Pai ANTONIO EDVAR FREIRE		Mãe SONIA MARIA DA COSTA		
Endereço FAZENDA SAO TOME, S/N	Bairro BARRENTO	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE		Telefone 88994449246
Responsável PAULO HENRIQUE DA COSTA FREI	CPF do Responsável	Endereço FAZENDA SAO TOME, S/N	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/09/2017	Hora 17:36	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA			CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente			Funcionário LARISSA SOUSA SALES	
Transito				
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
	às hs	() Alta () Internação () Óbito
Idade 72 000	Altura (cm)	T (°C)
		36,2
	P (bpm)	R (mpm)
		119 X 76

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 22/09/2017 17:59

Responsável pela Classificação: LARISSA SOUSA SALES

Relatório:

Paciente, vítima de queda de moto após colisão com outra moto, apresenta trauma em membro superior esquerdo, apresenta tontura amnésia temporária após o acidente. No momento encontra-se orientado e lucido. Nega alergia medicamentosa, hipertensão e diabetes.

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

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COSTA



SAOCAMILO
Hospital e Maternidade
Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP

www.saocamilohospitalmaternidade.org.br

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital SAOCAMILO Clínica 1001 Enf. 1 Sala 1 Leito 1
Paciente Paulo Afonso Matrícula 1001

Diagnóstico fratura distal do rádio e ulna esquerda

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração _____

História da Moléstia Atual Hx de fratura de ant. /
ulna esquerda e

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Habitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

23/8/7
Data

[Assinatura]
Assinatura

Grátis a Fênix - 3631 2243



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente Paulo Henrique da Costa Lima
Categoria 505 Idade 32 Sexo M Enf. Leito
Data da Cirurgia 23/04/17 Cirurgião Dr. José Hernani C. O. Jr.
Auxiliar Circulante
Diagnóstico Pré-operatório: fratura distal e flexão do 1º e 2º
Cirurgia osteotomia e placa e parafusos
Diagnóstico Pós-operatório: fratura distal e flexão
corrigida

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Des. de torn.
An. tipo 2 + An. tipo 2
mião de torn. no seta
frato de placa e parafusos
Reduzido a ch. e pontos
de pontos e fio.
phi. flange

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4926 TEOT 5088
CPF: 378.930.503-06

[Assinatura]

Gratidão Farm. 1557-21-25

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01 - Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000
CNPJ: 60.975.737/0013-95 - PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1276734847

FRANCISCO HENRIQUE FARIAS DE SOUSA

DOC/IDENTIFICACAO / CATEGORIA DE
2043201053723 SSP CX

CPF 040.633.153-71 DATA NASCIMENTO 11/11/1985

RELACAO
JOSE MARIA DE SOUSA
ELIETE VIRGINIA FARIAS
DE SOUSA

PERMISSAO ACC CATEGORIA AD

1º REGISTRO 05208501407 VALIDADE 11/02/2021 1ª VALIDACAO 18/05/2011

OBSERVAÇÕES
HAB MOTOTAXISTA;
EXERCICE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PROPRIETARIO

LOCAL BOQUEAL, CE DATA EMISSAO 01/03/2016

289961966140
CE152057013

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1276734847

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013567936475
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPVT 01 00473376246 0000000000 2017

FRANCISCO HEITOR DOS SANTOS DE SOU
SOLANA

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

PAS/MOTOCICLO 2012 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013567936475 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 11/07/2017

01 04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

04063315371 04063365/CE

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

MOTOR 3C41E1C32220B 01404



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima _____, cujo o condutor era

_____.

Veículo:

Modelo: _____

Ano: _____

Placa: _____

Chassi: _____

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____

X _____
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____, brasileiro(a),
estado civil _____, profissão _____, CI RG nº
_____, CPF/MF nº _____, residente e domiciliado(a)
à Rua _____, Cidade de
_____, Estado _____, CEP:
_____, telefone _____.

OUTORGADO: _____
_____, CPF sob o nº _____, e
RG sob o número _____, com endereço cito à
_____, na cidade de
_____, Estado do _____.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Luciana Gonçalves Silva

04 JAN 2020 - Sobral - CE

_____ de _____ de 20____

Luciana Gonçalves Silva

OUTORGANTE



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral

Fica a parte intimada a comparecer em audiência de conciliação/una a ser realizada na data 16/07/2019 10:30, no endereço Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Anexo da Faculdade Luciano Feijão, Dom Expedito, SOBRAL - CE - CEP: 62050-100.



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOBRAL
JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL
CAMPUS FACULDADE LUCIANO FELJÃO**

Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Dom Expedito, CEP.: 62050-215, Sobral/CE

PROCESSO N.º: 3000433-31.2019.8.06.0167

PROMOVENTE(S): Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Endereço: Avenida Doutor Antônio Paulo Pessoa, 508, Cohab II, SOBRAL - CE - CEP: 62051-042

PROMOVIDO (A) (S): Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

INTIMAÇÃO

Após a leitura deste expediente ou o decurso do prazo legal para leitura das intimações eletrônicas, fica(m) o(a)(s) advogado(a)(s) da(s) parte(s), intimado(a)(s) da audiência de conciliação designada para o dia 16/07/2019 10:30, ficando cientificado(s) de que deverá(ão) trazer consigo a parte que representa(m), independentemente de intimação prévia.

Sobral, CE, Quinta-feira, 13 de Junho de 2019.

SYNTIA PONTE QUARIGUASI

Servidor(a) da Secretaria do Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral,
assina eletronicamente de ordem do MM Juiz.