



01/07/2019

Número: **3000445-45.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO PAULA DE SOUZA (AUTOR)		LUCIANA GONCALVES SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13532793	22/03/2019 09:24	Petição Inicial	Petição Inicial
13532818	22/03/2019 09:24	PETICAO INICIAL 2	Petição
13532820	22/03/2019 09:24	1- PROCURACAO + DECLARACAO POBREZA	Procuração
13532827	22/03/2019 09:24	2-DOC. PESSOAIS+B.O	Documento de Identificação
13532834	22/03/2019 09:24	3-COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO	Documento de Identificação
13532836	22/03/2019 09:24	4-CARTA DE INDENIZAÇÃO DPVAT NEGADA	Documento de Comprovação
13532841	22/03/2019 09:24	5- DOCS COMPROBATORIOS	Documento de Comprovação
13532842	22/03/2019 09:24	6- DOCS COMPROBATORIOS 2	Documento de Comprovação
13532845	22/03/2019 09:24	7- DOCS COMPROBATORIOS 3	Documento de Comprovação
13532863	22/03/2019 09:24	Intimação	Intimação
16189530	13/06/2019 11:25	Intimação	Intimação

PETICAO INICIAL

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

FRANCISCO PAULA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade de nº 2008105148-9 SSP/CE e CPF de nº 388.459.543-15, residente e domiciliado na Rua Vereador Raimundo Nilo Donizete Coelho, 109, Sobral/CE, CEP: 62.100-000 vem, por intermédio de sua procuradora infra-assinada, com escritório profissional á Rua Padre José Beviláqua/Praça Bezerril Fontenele s/nº Centro, Viçosa do Ceará, Ceará, CEP 62.300-000, vem, respeitosamente propor.

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER 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, nº 74,5º,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 01 de Setembro de 2016, conforme boletim de ocorrência anexo da polícia Civil.

Diante de tal fato, seria devido o pagamento do prêmio segurado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, o que foi negado pelo seguinte motivo: não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como: **FRATURA OBLIQUA NA DIAFISE DO 4 METACARPO**, conforme cópia de prontuário em anexo e parecer de perícia médica, resultando redução funcional, conforme prontuário médico acostado a exordial.

Ora Excelência. **Acontece que a parte autora não recebeu nenhum valor administrativamente, conforme demonstrativo da carta de pagamento da seguradora líder em anexo datado em 20/08/2018.**

Destarte, que o valor não foi recebido, sendo 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 nº 6.194/74, 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), a autora faz jus à 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 pessoais 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 responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis a sua pretensão, têm a requerente direito á indenização. Dessa forma, a autora 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 OBLIQUA NA DIAFISE DO 4 METACARPO**, 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 pela autora não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado as presentes sequelas em caráter permanente em que a requerente 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 ais em 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 a 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\$ 13.500,00(treze mil e quinhentos 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\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos

Pede e aguarda deferimento.

Sobral/CE, 14 de Janeiro de 2019.

Luciana Gonçalves Silva

OAB/CE 27.103

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO PAULA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade de nº 2008105148-9 SSP/CE e CPF de nº 388.459.543-15 residente e domiciliado na Rua Vereador Raimundo Nilo Donizete Coelho, 109, 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, **FRANCISCO PAULA DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade de nº 2008105148-9 SSP/CE e CPF de nº 388.459.543-15 residente e domiciliado na Rua Vereador Raimundo Nilo Donizete Coelho, 109, 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.


FRANCISCO PAULA DE SOUZA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008105148 - 9
DATA DE EXPEDIÇÃO	03/02/2012
NOME	
FRANCISCO PAULA DE SOUZA	
FILIAÇÃO	
JOSÉ PEDRO DE SOUZA	
JACINTA PAULA DE SOUZA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
MASSAPÊ - CE	24/02/1969
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MUMBABA TERMO: 418 FOLHA: 193	
LIVRO: A02 MASSAPÊ - CE	
CNP	
ASSINATURA DO DIRETOR	
P.: 79	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

VITIMA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Ac



Vitima

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Nº DO CLIENTE
8199139-8
 Para regular seu atendimento, utilize o nº acima
 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 de Ceará
 Rua Paulo Valdevino, 150
 CEP 61.035-000 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.047.226/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 529363506
Rota 10 32000 43 000600 - 5 **Data de Emissão** 15/06/2018
Nome FRANCISCO PAULA DE SOUZA
End. Postal RU VER RAIMUNDO NILO DONIZETE COELHO 00109
 - SOBRAL - 62100000 **Posto** 0000 0000
Medidor 2282716 **Classe** 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 388459543-15 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS **ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
Mês de Referência **Data de Apresentação** **Previsão Próxima Leitura** **Valor e legenda no verso desta conta.**
Conjuntos **SERIAL**
Mês **Requisito** **Requisito Individual** **Requisito Individual**

ICMS
Base do Cálculo (R\$) **Alíquota** **Valor do Imposto**
 79,27 27,00% 21,40
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 HDE4.4667.0091.8833.4707.94F9.02F4.7FD4
FIC **DMIC**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual **Leit. Anterior** **Const.** **Consumo (kWh)** **Const. Incl.** **Const. Excl.** **Tarifa (R\$/kWh)** **Valor (R\$)**
 PP 41010 40905 1,00 105 0,00 1,00 105 79,27
 15/05/18 15/05/18 31 dias 105 79,27

DESCRIÇÃO **VALOR (R\$)**
 VALOR CONSUMO DO MES 79,27
 MULTA MORATORIA REF 05/2018 1,36
 JUROS DO MES 1,12
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 13,37
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,45)

ENDEREÇO DA VÍTIMA

22/06/2018 **95,12**
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**
 Energia 29,99
 Transmissão 3,73
 Distribuição 17,07
 Encargos Setoriais 4,88
 Tributos (ICMS, PIS e COFINS) 24,47
 TOTAL 79,27

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 40,99 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (CO₂) 100

NOTA FISCAL
 Prezados Clientes, não se autorealize. A relação a seguir
 da distribuidora origina nova ação de justiça, bem como a cobrança
 do custo administrativo de inspeção (art. 175 do art. 131)
 Resol. 414/2010 - Anel. 1.

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS:

Consta desta fatura o valor de R\$ 3,07 referente a PIS e COFINS. Informações: 0800.076.0000 e 0800.076.0000.



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 581 - 1752 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 10:42:14**
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2016 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAO ADEODATO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A RODOVIÁRIA**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO PAULA DE SOUZA**
Nascimento: **24/02/1969** CPF:
RG: **20081051489** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JACINTA PAULA DE SOUZA**
JOSE PEDRO DE SOUZA
Endereço: **RUA VEREADOR RAIMUNDO NILO DONIZETE COELHO, 109**
Bairro: **JUNCO** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99297-0794**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI5068** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2KC1650FR209955 Renavam: **1067070637** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MOISES DOS SANTOS SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, local e horário acima descritos, estava conduzindo sua moto de placa, fni5868 quando um senhora ao sair de um transporte coletivo invadiu e pista; que o noticiante para desviar da pedestre freou bruscamente e derrapou na via vindo a cair sentindo forte dores na mão direita; que nenhum agente de transito foi acionado; que foi socorrido por um conhecido de nome João e levado ao hospital santa casa de Sobral; que o noticiante teve uma fatura oblíqua na díafise do 4º metacarpo mão direita e ficou com o dedo sem movimento; que o médico recomendou cirurgia, mas o noticiante ainda não fez; foi juntado o licenciamento da moto no nome de MOISÉS DOS SANTOS SOUSA; e que nada mais disse //.

DOCUMENTO
ORIGINAL

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE CRISTOVÃO UCHOA MARQUES FILHO - MAT.: 30119908

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Pág. 1 de 1

Impresso em: 27/07/2018 09:23:47



LUCIANA GONCALVES

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO PAULA DE SOUZA, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Autônomo, CI RG nº
2008105148-9, CPF/MF nº 388.454.543-15, residente e domiciliado(a)
à Rua Rua Ver Raimundo Nilo Romizete Coelho, Cidade de
Sorocaba, Estado Piauí, CEP:
62.100-000, telefone (88) 996050011, (94) 99472.4532.

OUTORGADO: Lilão Giovanni Marques Boim
CPF sob o n.º 284.193.913-87, e
RG sob o número 88349885, com endereço cito à
Rua Rui Mauro, 665, Alto do Aste, na cidade de
Sorocaba, Estado do Piauí.

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.

Sorocaba, 25 de Julho de 2018.

LUCIANA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Francisco Paula de Souza
OUTORGANTE





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557918348

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

8199139

DV **8**

VENCIMENTO

22/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,30

Rota 10 032000 43 0600

Medidor

Poste

Nome FRANCISCO PAULA DE SOUZA

2282716

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU VER RAIMUNDO NILO DONIZETE COELHO 00109 **SEM

Consumidora

BAIRRO SOBRAL 62030495

RG / CPF / CNPJ

388.459.543-15

CGF

Classe

B1 - 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

41840

41690

1

150

0

150

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

30

0,24393

7,31

Consumo faixa 31-100 Kwh

70

0,41818

29,27

Consumo faixa 101-220 Kwh

50

0,62727

31,37

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

15/01/2019

Prev. Próxima
Leitura

14/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E1D.D806.74C3.C0CC.8542.AD5C.4D94.A80A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

67,95

Alíquota

27%

Valor do Imposto

28,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 25,24

TRANSMISSÃO 2,69

DISTRIBUIÇÃO 14,38

ENCARGOS SETORIAIS 3,86

TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 33,52

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

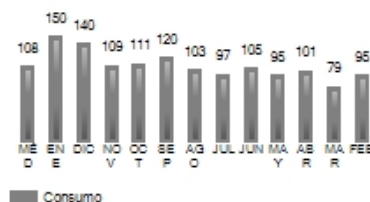
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,26

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	0,00	0,00	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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8199139-8

N° da Nota Fiscal: **557918348**

Total a Pagar (R\$): **91,30**

Data de Emissão:

26/01/2019

Referência: **JAN/2019**

N° de Controle: **0008199139 00022 4324 2 96**

83860000000-0 91300031000-9 00081991390-1 00224324206-5



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180367678

Vítima: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180367678**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/09/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01317/01318 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13264487

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

FISIOTERAPIA
CREFITO 213301f

~~Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior~~

Ortopedia e Traumatologia
Cremec: 4920

DR. HERNANI CAMPOS

CIRURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA
CRM-CE 4920 TEOT 5088
CPF: 378.930.503-06

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE FRANCISCO PAULA DE SOUZA SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 2/9/2016 COM FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO D, E FOI TRATADO CONSERVADORAMENTE. ATUALMENTE CONSOLIDADO PORÉM COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO QUARTO DEDO DA MÃO D, E ESTAR DE ALTA DEFINITIVO DO TRATAMENTO ORTOPEDICO

SOBRAL 16 DE AGOSTO DE 2018


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



MULTIMED

DR. EDSON LOPES

DR. HERNANI CAMPOS

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Maria Alzaida Pinto 300 - D. Expedito I - Sobral/CE - CEP: 62.061-258
9 9811.0624 (TIM) • 9 9231.5122 (CLARO) • 9 8103.4346 (VIVO)

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1562824 Data da Solicitacao: 02/09/2016
Matricula.....: 16645 Idade: 49a 4m 17d
Atendimento.....: 4606001
Paciente.....: FRANCISCO PAULA DE SOUZA
Convenio.....: SUS - SIA
Medico Solic.....: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
Laudos

Exames

MÃO EM DUAS INCIDENCIAS

Raio X de mão direita (AP e perfil)

Laudos:

- Fratura oblíqua na diáfise do 4º metacarpo.
- Aumento de partes moles na mão.


Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco Antônio de Faria

Necessita de 60 (sessenta) dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

Faltas do quarto
quadrante 16 Expresso

C.I.D. 5624 Sobral, 24 05, 2018

Antônio Agostinho Moura
CRMED: 5.430 - RQE 8.175
Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Deu-se
de
K9astina

16/3/2017

Cód. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantópico - Proc. 242.44274



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Seja
Placen
no
compra

28/7

Cód. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantópico - Proc. 242.44274

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

MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC IDENTIDADE / CEG EMISSOR UF
2003031009021 SSB CE

CPF
022.811.853-03 DATA NASCIMENTO
26/05/1986

FILIAÇÃO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS SOUSA

PERMISSÃO ACC CATEG
AB

Nº REGISTRO
03791193371 VALIDADE
18/09/2013 1ª HABILITAÇÃO
04/02/2006

SEM OBSERVAÇÃO;

Moises dos Santos Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO
19/09/2014

91683484084
CE143822969

DETRAN - CE (GERAR)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
972261190

PROBANDO PLASTIFICAR
972261190

TRUPNETA N° 22 MOTO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MOISES DOS SANTOS SOUSA,

RG nº 2703031004022, data de expedição 09/09/14,

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 022.811.853.03, com

domicílio na cidade de Sorocaba, no Estado de

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

Rua São Batista 1001, Jd. Pálmar, nº 26,

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 FRANCISCO PAULA DE SOUZA, cujo o condutor era

FRANCISCO PAULA DE SOUZA.

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 Titan

Ano: 2015

Placa: PN1 5068

Chassi: 9C02KCL650FR209955

Data do Acidente: 02/09/2016

Local e Data: Sorocaba 25/07/2018

Moises dos Santos Sousa

Assinatura do Declarante

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



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Paula de Souza

CPF da Vítima

388.459.543-15

Data do Acidente

02/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

SOCIAL 25 de julho de 2018
Local e Data

ASS: _____

Francisco Paula de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 388.459.543-15	Nome completo da vítima Fco Paulo de Souza
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Paulo de Souza	CPF titular da conta 388.459.543-15	Profissão Univeritário
Endereço Rua Ver. Raimundo Nilo Souza 1007H0	Número 109	Complemento
Bairro JUNIO	Cidade SOGAP	Estado Liana
Email	CEP 62.100-000	Telefone (DDD) 199 99605-0011

Dedaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4272 D/V 2		BANCO Nome _____ NRO. _____	
CONTA NRO. 16738 D/V X		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SOGAP 25 de Junho de 2018
Local e Data

OBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Fco Paulo de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 15697

etiqueta atendimento:

Atendimento de Atendimento: 02/09/2018 - 08:30
Nome do Paciente: [illegible]
Nome do Responsável: [illegible]
Endereço: [illegible]
Cidade: [illegible]
UF: [illegible]

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Cliente vítima de queda de moto ontem, apresenta edema e deformidade em mão direito. Refere dor no local.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, _____, () Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG nº _____,
declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento, considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

ASS: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
André R. Montenegro Portela
COORDENADORA

ATU

Sobral – CE 27 de Julho de 2018

A

SEGURADORA LIDER E SUAS CONVÊNIDAS
Rio de Janeiro – RJ

Prezados,

Aproveitando da oportunidade para cumprimentá-los, venho através de este relatar que;

Caso haja alguma dúvida a respeito do meu acidente, coloco-me a inteira disposição para qualquer auditoria se por ventura acha-se necessário, pois tenho como provar o ocorrido.

Outro detalhe é que no dia do meu acidente 01/09/2016, não procurei atendimento médico a pesar da insistência do meu colega de trabalho o João em me leva para o hospital Santa Casa, só que não fui por acha que não era nada de muito grave e continuei o meu trabalho pois sou Moto-Taxista e preciso ganhar o Pão de cada dia para o sustento de minha família.

Só que no Boletim de Ocorrência relata que fui para o Hospital Santa Casa mais está errado. Tentei explicar o fato ao Escrivão mais o mesmo não me deu ouvidos e relatou do jeito quer ele quis.

Com o passar das horas minha mão começou a inchar e passei a sentir muitas dores quando resolvi ir para minha residência tomei analgésicos e fui dormi. No dia seguinte 02/09/2016 logo cedo foi que procurei o hospital Santa Casa (Conforme BAM em anexo), onde foi constatado fratura do DEDO DA MÃO DIREITA

Agradecendo antecipadamente pela atenção

Atenciosamente,



FRANCISCO PAULA SOUZA
CPF. 388.459.543-15

TESTEMUNHA

Maria Nicleire de Andrade Vasconcelos

CPF 65 78 60 253 - 49

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

TESTEMUNHA

Marcos dos Santos Sousa

CPF 022 811 853 03

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

2.4. Acompanhar o Processo até sua liquidação, comunicando ao CONTRATANTE, a data do possível crédito e o valor pago pela Seguradora LIDER.

3. DEVERES DO CONTRATANTE

3.1. Fornecer toda e qualquer documentação relativa ao **Acidente** ou aos **Danos Sofridos** pelo contratante requisitada pela CONTRATADA.

3.2. Pagar o valor de 30% (trinta por cento) do valor recebido a **EMPRESA CONTRATADA**, referente aos Serviços prestados especificados no item 2 e seus incisos.

3.3. Isentar, através de declaração, a Empresa **CONTRATADA** de qualquer fraude ou falsificação produzida pelo **CONTRATANTE**.

4. DO VALOR

A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma;

- O **CONTRATANTE** receberá o valor depositado pela **SEGURADORA LIDER**, valor este que pode chegar até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme o **Art. 3º, § 2º da Lei nº. 6.194/74.** e Alterada pela **Lei 11.945/2009.**

- O recebimento da empresa **CONTRATADA** será logo após a confirmação do depósito bancário feito pela **SEGURADORA LIDER** na conta do **CONTRATANTE** e posterior retirada do valor. Com isso, após o recebimento, o **CONTRATANTE** deverá pagar a empresa **CONTRATADA** o valor referente a 30% (Trinta Por Cento) do valor recebido em Conta Bancária da Empresa Contratada;

5. DA VALIDADE

O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao **CONTRATANTE** e pagamento dos serviços prestados a empresa **CONTRATADA**;

6. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da comarca de Sobral - CE.

E, por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições instituídas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Cidade _____ / _____ / de _____ /2018

ASSINATURA DO CONTRATANTE:

ASSINATURA DO CONTRATADO: _____

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/CE
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilassessoria@outlook.com

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE: _____
Brasileiro(a), Estado Civil _____, RG: _____ SSP-CE
CPF _____ Residente,
Rua: _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ - CE, doravante denominado
CONTRATANTE.

CONTRATADA: C.G.M.LINO (AJIL ASSESSORIA EM SEGURO DPVAT), estabelecida em Sobral — CE, na Rua Frei Álvaro, nº 665 — loja 04 — Residencial Redentor I — Alto do Cristo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.360.732/0001-46 represento por seu Proprietário, Sr. Célio Geovani Marques Lino, daqui por diante denominada de CONTRATADA, tem entre si ajustado o seguinte:

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços em Assessoria referente à cobrança de seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestres (DPVAT) mais precisamente nas áreas administrativa nas indenizações de Seguro por Invalidez Parcial e Total e por Morte.

2. DOS SERVIÇOS

A empresa **CONTRATADA** disponibilizara os seguintes serviços para o **CONTRATANTE**:

2.1. Assessorar na viabilização da documentação necessária e na regularização desta documentação do **CONTRATANTE** junto a **SEGURADORA LIDER**, dando entrada ao processo administrativo;

2.2. Acompanhar todo o trâmite do Processo e fornecer informações precisas ao **CONTRATANTE** de toda a situação do mesmo;

2.3. Esclarecer ao **CONTRATANTE** o que é o DPVAT, seus benefícios e direitos concedidos pelas leis N.ºs. 6.194/74 e 8.441/92;

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/Ce
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
✉ mail: ajilassessoria@hotamail.com

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE

Brasileiro(a), Estado Civil _____, RG: _____, SSP-CE _____
CPF _____, Residente, _____
Rua: _____, Nº _____
Bairro _____, Cidade _____ - CE, doravante denominado
CONTRATANTE.

CONTRATADA: C.G.M.LINO (AJIL ASSESSORIA EM SEGURO DPVAT), estabelecida em Sobral — CE, na Rua Frei Álvaro, nº 665 — loja 04 — Residencial Redentor I — Alto do Cristo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.360.732/0001-46 represento por seu Proprietário, Sr. Celso Geovani Marques Lino, daqui por diante denominada de CONTRATADA, tem entre si ajustado o seguinte:

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços em Assessoria referente à cobrança de seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestres (DPVAT) mais precisamente nas áreas administrativa nas indenizações de Seguro por Invalidez Parcial e Total e por Morte.

2. DOS SERVIÇOS

A empresa **CONTRATADA** disponibilizará os seguintes serviços para o **CONTRATANTE**:

2.1 Assessorar na viabilização da documentação necessária e na regularização desta documentação do **CONTRATANTE** junto a SEGURADORA LIDER, dando entrada ao processo administrativo;

2.2 Acompanhar todo o trâmite do Processo e fornecer informações precisas ao **CONTRATANTE** de toda a situação do mesmo;

2.3 Esclarecer ao **CONTRATANTE** o que é o DPVAT, seus benefícios e direitos concedidos pelas leis N.ºs. 6.194/74 e 8.441/92.

Rua Frei Álvaro-nº 665 – Alto do Cristo – Sobral/CE
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

2.4 Acompanhar o Processo até sua liquidação, comunicando ao CONTRATANTE, a data do possível crédito e o valor pago pela Seguradora LIDER.

3. DEVERES DO CONTRATANTE

3.1 Fornecer toda e qualquer documentação relativa ao **Acidente** ou aos **Danos Sofridos pelo contratante** requisitada pela CONTRATADA.

3.2 Pagar o valor de 30% (trinta por cento) do valor recebido a **EMPRESA CONTRATADA**, referente aos Serviços prestados especificados no item 2 e seus incisos.

3.3 Isentar através de declaração a Empresa CONTRATADA de qualquer fraude ou falsificação produzida pelo CONTRATANTE.

4. DO VALOR

A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma.

- O CONTRATANTE receberá o valor depositado pela SEGURADORA LIDER, valor este que pode chegar até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme o Art. 3º, § 2º da Lei nº. 6.194/74 e Alterada pela Lei 11.945/2009.

- O recebimento da empresa CONTRATADA será logo após a confirmação do depósito bancário feito pela SEGURADORA LIDER na conta do CONTRATANTE e posterior retirada do valor. Com isso, após o recebimento, o CONTRATANTE deverá pagar a empresa CONTRATADA o valor referente a 30% (Trinta Por Cento) do valor recebido em Conta Bancária da Empresa Contratada.

5. DA VALIDADE

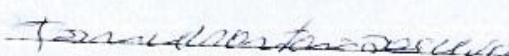
O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao CONTRATANTE e pagamento dos serviços prestados a empresa CONTRATADA.

6. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da comarca de Sobral - CE.

E por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições instituídas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Cidade _____ / de _____ /2018

ASSINATURA DO CONTRATANTE 

ASSINATURA DO CONTRATADO _____

Rua Frei Álvaro-nº665 - Alto do Cristo - Sobral/Ce
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012675419763 EXERCÍCIO 2017	
CLASSE 108707063	COD. RENAVAM 0580000000	PLACA EN15068	PLACA ANT./UF 9C2K01650ER209555
MODELO DO VEÍCULO 2018		ESPECIE TIPO 2018	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00		PREMIO TOTAL (R\$) 100,00	
DATA DE PAGAMENTO 21/05/2017		DATA DE EMISSÃO 21/05/2017	
LOCAL 21/05/2017		LOCAL 21/05/2017	

CE Nº 012675419763		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 21/05/2017	
RENAVAM 01 02281185303	CPF / CNPJ 02281185303	PLACA EN15068	PLACA ANT./UF 9C2K01650ER209555
PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,25	PREMIO TOTAL (R\$) 81,25	DATA DE PAGAMENTO 21/05/2017	DATA DE EMISSÃO 21/05/2017
DATA DE PAGAMENTO 21/05/2017	DATA DE EMISSÃO 21/05/2017	LOCAL 21/05/2017	LOCAL 21/05/2017



TESTEMUNHA OL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 A60, 2018

ASS: _____

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

NOME
MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003031009021 SSP CE

CNPJ
022.811.853-03 DATA NASCIMENTO
26/05/1986

FUNÇÃO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS SOUSA

PERMISSÃO
ACC
CAHNA
AB

Nº REGISTRO
03791193371 VALIDEZ
18/09/2019 1ª HABILITAÇÃO
04/02/2006

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

MOISES DOS SANTOS SOUSA
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOBRAL, CE DATA EMISSÃO
19/09/2014

91683484084
CE143822969

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
972261190

FOURCISO PLASTIFICAR
972261190

TRANSPORTAÇÃO DE MOTO
TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMBIO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

CELIO GIOVANI MARQUES LINO

1497615130

04248328789

09/03/2023

15/03/1986

CEARA

15/03/2018

92681871024

CE1640-0109

CEARA

pro curia out
do processo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

2712224-7

For cidade pelo Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valério, 250
CEP 60125-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02042250/0001-70 | CGF 02.005.048-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 530017531

Rota 13 32000 06 007930 - 2 Data de Emissão 20/06/2018

Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO

End. Postal RU FRI ALVARO 00665 LJ 03

Medidor ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 6210000

Cidade 11406186 Posto 0000 0000

RG/CPF/CNPJ 02-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

Nome do Responsável 284193913-87 CGF

Mês de Referência	Data da Apresentação	Período de Faturamento
Jun/2018	20/06/2018	19/07/2018

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
31,24	27,00%	8,43

Item	Valor
Base de Cálculo (R\$)	31,24
Imposto de Renda (R\$)	8,43
Valor Total (R\$)	39,67

Item	Valor
Base de Cálculo (R\$)	31,24
Imposto de Renda (R\$)	8,43
Valor Total (R\$)	39,67

Item	Valor
Base de Cálculo (R\$)	31,24
Imposto de Renda (R\$)	8,43
Valor Total (R\$)	39,67

VALOR CONSUMO DO MES 31,24

MULTA MORATORIA REF 05/2018 0,59

CORRECAO MONETARIA DO MES 0,42

JUROS DO MES 0,58

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 13,69

ADICIONAL BANCARIA VERMELHA MES (R\$ 2,02)

ENCARGO DO PROCONSUM

VENCIMENTO 27/06/2018

TOTAL PAGAR (R\$) 46,52

Item	Valor
Energia	11,02
Transmissão	1,26
Distribuição	6,73
Encargos Setoriais	1,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	9,63
TOTAL	31,24

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
49 41 41 49 59 34 42 53 59 61 60 53

Consumo de CO₂ (kg/kWh)

Compensação sem emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂) 16,01

Compensado kg (CO₂) 0,00

Condição Energética (PCCO) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

PREVISO 10/10

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia por 15 dias após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 474/10, Arts. 172 e/ou 173, bem como o envio das informações aos órgãos de FISCALIZAÇÃO DO CREDITO E CREDITO DE PAGAMENTO. Caso não seja efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 1,22 referente a PIS e COFINS. ALÍQUOTAS: PIS=0,65% e COFINS=3,00%

Estimamos que este boleto venha a ser pago 2 dias úteis após a data de emissão.

Nº do Cliente 2712224-7 Referência

Data de Emissão 20/06/2018 Total a Pagar

Nº da Nota Fiscal 530017531 Nº da Conta

3386000000-0 46520031000-3 00

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular numero 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Lelcio Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Paula de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15, do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima Francisco Paula de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Numero	Complemento
Bairro	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Av. Rui Vitorino</u>	<u>665</u>	<u>—</u>
<u>Vila do Aito</u>	<u>Recife</u>	<u>62020-370</u>
<u>Salvador</u>	<u>(18) 99605-0011</u>	<u>(18) 99477-4532</u>

Salvador 26 de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____



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 17/07/2019 14:30, 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: 3000445-45.2019.8.06.0167

PROMOVENTE(S): Nome: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Endereço: Rua Vereador Raimundo Nilo Donizete Coelho, 109, Junco, SOBRAL - CE - CEP: 62030-495

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 17/07/2019 14:30, 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.