



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.

ACÇÃO DE COBRANCA 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 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 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	
CP	
ASSINATURA DO DIRETOR	
P.: 79	

VITIMA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Ac



Victima

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Nº DO CLIENTE
8199139-8
 Para ajustar 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 Padre Valdevino, 150
 CEP 61.035-040 | Fortaleza, CE
 CNPJ 07.042.225-10 | CCG 06.106.849-3

eriel

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
 Medidor 2282716 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 388459543-15 CGF
 Nome do Responsável

DATAS
 Mês de Referência 15/06/2018 Data de Apresentação 16/07/2018
ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Voto e logando no verso desta conta.

ICMS			Mês			Aguração Individual		
Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjunta	Individual	Aguração Individual	Mensal	Trim.	Anual
75,27	27,00%	21,40	DIC	0,07	0,15	20,30	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	0,20	0,47	12,95	0,00	0,00
HDF4.4667.0.91.8833.4747.4054.024.7FD4			DMIC	0,56		0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
 Lett. Atual Lett. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 41010	48905	1,00	105	0,00			
15/06/18	15/06/18		31,006		105		79,27

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	79,27
MULTA MORATORIA REF 05/2018	1,36
JURSD 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 2,73	
Distribuição 17,07	
Encargos Setoriais 4,50	
Tributos (PIS e COFINS) 24,47	
TOTAL 79,27	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg (CO ₂)	Compensação kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%)
40,99	0,00	0

Prezado Cliente, não se autorreligue. A relação a seguir
 da distribuidora criação nova preço de 100,00, mas com redução
 do custo administrativo de inspeção (art. 17º do art. 13)
 Resol. 414/2010 - Anel.

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS:

Conta desta fatura R\$ 3,07 referente a PIS e COFINS (11,00% de 27,00%)



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: **PN15068** 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 SILVA

LÍBIA 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 Mto DOMIZETE COELHO, Cidade de
Sorocaba, Estado Piauí, CEP:
62.100-000, telefone (88) 996050011, (88) 99477.4532.

OUTORGADO: Lilão Giovanni Marques Boim
CPF sob o nº 284.193.913-87, e
RG sob o número 88349885 com endereço cito à
Rua Rui Mauro, 605, Alto do Ast, 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 20 18.

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/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
8199139 DV **8**VENCIMENTO
22/01/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
91,30Rota 10 032000 43 0600 Medidor 2282716 Poste 0000 0
Nome FRANCISCO PAULA DE SOUZA
Endereço PostalEnd. 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

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	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	Prev. Próxima Leitura
15/01/2019	14/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
67,95	27%	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

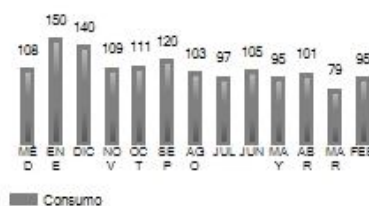
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Mês NOV/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual 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 (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		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 OLÍMA SARAIVA

FISIOTERAPIA

CREFITO 213301f

~~Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior~~

Ortopedia e Traumatologia

Cretec: 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 OLÍMA SARAIVA

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Maria Adelaide Pires 300 - D. Expedito I - Sobral - CE - CEP: 62.051-256
9 9811.0624 (TAM) • 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

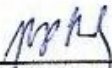
Exames

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 Antonio de Oliveira

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

Devido:

Furto do quarto
quadrante 6 Expresso

[Assinatura]

C.I.D. 5624 Sobral, 22 05, 2018

[Assinatura] Antônio Agostinho Moura
MÉDICO
CREMED: 5.430 - RQE 8.175
Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3811.3723



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



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Exames
de
cinestesia
e gástrica

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. 242.442/74



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



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Saiba os
Pacientes
no Centro
cirúrgico.

28/3

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. 242.442/74

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

MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC IDENTIDADE / CDS EMISSOR UF
2009031009021 887 CE

CH 022.811.853-03 DATA NASCIMENTO 26/05/1986

FILIAÇÃO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS SOUSA

PERMISSAO ACC CATHAE
AB

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

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador: *Moises dos Santos Sousa*

LOCAL SOBRAL, CE DATA EMISSAO 19/09/2014

Assinatura do Emissor: *Luciana Gonçalves Silva* 91683484084
CE143822969

DETALHES DO EMISSOR: DETRAN CE (CEARA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 972261190

PROTEÇÃO 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 203031009022, data de expedição 09/09/14,

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

domicílio na cidade de Sobral, no Estado de

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

Rua São Batista 1001, Lado Sul, 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: motociclo

Modelo: HONDA CG 150 97900

Ano: 2015

Placa: PN1 5068

Chassi: 9K05KCL650FR209955

Data do Acidente: 02/09/2016

Local e Data: Sobral 25/07/2018

Moises dos Santos Sousa

Assinatura do Declarante

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



Moises dos Santos Sousa
25 JUL 2018

LIBIA 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 interditada 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 <i>Fernando Paula de Souza</i>	CPF da Vítima <i>398.459.543-15</i>	Data do Acidente <i>02/09/2016</i>
---	--	---------------------------------------

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.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Socorri 25 de *Julho* de 2018
Local e Data

ASS: _____

Fernando 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

Nome completo da vítima

388.459.543-15

Fco Paulo A Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Paulo A Souza	388.459.543-15	Univeritário
Endereço	Número	Complemento
Rua Ver. Raimundo N.º 10, 10121-100	109	
Bairro	Cidade	Estado
Junco	SOGRA	CEIA
Email	CEP	Telefone (DDD)
	62.100.000	1392 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<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)			
AGÊNCIA N.º	D/V	CONTA N.º	D/V
4272	2	16738	X
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA N.º	D/V
		(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.

09/06/2018 de 2018
Local e Data

OBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Fco Paulo A 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 ACOHIMINTO: 15697

etiqueta atendimento

1. NAME LAST FIRST MIDDLE INITIAL SUFFIX
 2. DATE OF BIRTH MONTH DAY YEAR
 3. PLACE OF BIRTH CITY STATE COUNTRY
 4. EDUCATION SCHOOL DEGREE YEAR
 5. EMPLOYMENT COMPANY POSITION DATE
 6. RESIDENCE ADDRESS CITY STATE COUNTRY
 7. TELEPHONE NUMBER AREA COUNTRY
 8. RELIGION NAME DATE PLACE
 9. HOBBIES NAME DATE PLACE
 10. REFERENCES NAME DATE PLACE

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: /, N° Pulso: , N° 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
Andreia 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 657860253-49

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
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** 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

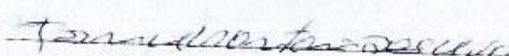
O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao CONTRATANTE e pagamento dos serviços prestados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

Num. 13532845 - Pág. 1



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 IDENTIFICAÇÃO

NOME
MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003021009021 SSP CE

CPF
022.811.853-03 DATA NASCIMENTO
26/05/1986

FILIAÇÃO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS SOUSA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CATAM
AB

Nº REGISTRO
03799193371

VALIDADE
18/09/2019

1ª EMISSÃO
04/02/2006

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO TITULAR
MOISES DOS SANTOS SOUSA

LOCAL
BOBRAL, CE

DATA EMISSÃO
19/09/2014

91683484084
CE143822969

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODAS
OBSERVAÇÕES
972261190

REGISTRO PLASTIFICADA
972261190

PROPRIETÁRIO DO MOTO
TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
COMISSÃO NACIONAL DE FORTIFICAÇÃO

CELIO GIOVANI MARQUES LINO

RG: 068700 MT CE

CPF: 264.131.911-07 15/04/1967

Nome: JOSE LINO BARROSA

Nome: FRANCISCA VALDINEIA MARQUES LINO

Estado: MT CE CE

CEP: 04248328709

Data: 09/03/2023

Vencimento: 15/03/2026

Observação:

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura: [Assinatura]

Nome: JOSE LINO BARROSA

Data: 15/03/2018

CPF: 92681871024

CEP: 04248328709

CEARÁ

VALIDANTE NACIONAL 1497615130

PROIBIDO PLASTIFICAR 1497615130

pro curia out
do processo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

ΕΠΙΤΕΛΕΣΟ ΟΤΙ ΠΡΟΕΒΛΑΝ

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/BIBLIOTECASWEB/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 Leilo Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87/, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Paulo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15, do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima Francisco Paulo 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
E-mail	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Av. Rui Vitorino 665 —
Vila do Asto Recife 62020-370
Salvador (18) 99605-0011 (18) 99477-4532

Salvador 26 de Julho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____