

300663		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N° 10.438 de 26 de abril de 2002																														
		Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdério, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 02047251/0001-70 CGF 08.102.848-3																														
enel																																
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 N° 565256894																																
Rota 06 34060 11 146400 - 6		Data de Emissão 12/03/2019																														
Nome MARIA DO CARMO ROCHA DE AHORIN																																
End. Postal RU RAINUNDA SOARES DE OLIVEIRA 00578 PEDREIRA - PENTECOSTE - 62640000																																
Medidor 11734072		Poste 0000 0000																														
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO		Veja a legenda no verso desta conta.																														
RG / CPF / CNPJ 043126773-10		Conjunto SÃO LUIS DO CIMO																														
Nome do Responsável CGF																																
DATAS																																
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO																													
Mar/2019	12/03/2019	09/04/2019	Veja a legenda no verso desta conta.																													
		Mês Jan/2019																														
		DICR= 0,02 P																														
		EUSD 39,97																														
ICMS <table border="1"> <tr> <td>Base de Cálculo (R\$)</td> <td>Aliquota</td> <td>Valor do Imposto</td> <td>Padrão Individual</td> <td>Apurado Individual</td> </tr> <tr> <td>123,20</td> <td>21,00%</td> <td>30,26</td> <td>Mensal</td> <td>Trim.</td> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DIC</td> <td>10,15</td> <td>20,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>FIC</td> <td>6,47</td> <td>12,95</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DMIC</td> <td>2,05</td> <td>0,00</td> </tr> </table>				Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apurado Individual	123,20	21,00%	30,26	Mensal	Trim.	Anual				DIC	10,15	20,30				FIC	6,47	12,95				DMIC	2,05	0,00
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apurado Individual																												
123,20	21,00%	30,26	Mensal	Trim.	Anual																											
			DIC	10,15	20,30																											
			FIC	6,47	12,95																											
			DMIC	2,05	0,00																											
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL SIC1.7109.2F0C.461B.F0D.E209.80H.69E																																
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO <table border="1"> <tr> <td>Lot. Atual</td> <td>Lot. Anterior</td> <td>Consumo (Wh/M)</td> <td>Cons. Inc.</td> <td>Cons. Falt.</td> <td>Tarifa (R\$/Wh)</td> <td>Valor (R\$)</td> </tr> <tr> <td>PF 21740</td> <td>21560</td> <td>1,00</td> <td>174</td> <td>0,00</td> <td>0,7000</td> <td>123,20</td> </tr> <tr> <td>12/03/19</td> <td>08/02/19</td> <td></td> <td>32 DIAS</td> <td>174</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Lot. Atual	Lot. Anterior	Consumo (Wh/M)	Cons. Inc.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/Wh)	Valor (R\$)	PF 21740	21560	1,00	174	0,00	0,7000	123,20	12/03/19	08/02/19		32 DIAS	174										
Lot. Atual	Lot. Anterior	Consumo (Wh/M)	Cons. Inc.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/Wh)	Valor (R\$)																										
PF 21740	21560	1,00	174	0,00	0,7000	123,20																										
12/03/19	08/02/19		32 DIAS	174																												
VALOR CONSUMO DO MES 123,20 MULTA HORATORIA REF 02/2019 2,52 JUROS DO MES 0,55 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 14,77 DOACAO CIDADANIA E AHOR TEL 0800 276 6565 1/2 3,00																																
VENCIMENTO 20/03/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 144,40																														
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO <table border="1"> <tr> <td>Energia</td> <td>45,24</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>3,66</td> </tr> <tr> <td>Distribuição</td> <td>25,76</td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>7,16</td> </tr> <tr> <td>Tributos (IHS PIS-COFINS)</td> <td>37,50</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>123,20</td> </tr> </table>				Energia	45,24	Transmissão	3,66	Distribuição	25,76	Encargos Setoriais	7,16	Tributos (IHS PIS-COFINS)	37,50	TOTAL	123,20																	
Energia	45,24																															
Transmissão	3,66																															
Distribuição	25,76																															
Encargos Setoriais	7,16																															
Tributos (IHS PIS-COFINS)	37,50																															
TOTAL	123,20																															
HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses) <table border="1"> <tr> <td>160</td> <td>174</td> <td>172</td> <td>167</td> <td>169</td> <td>181</td> <td>136</td> <td>152</td> <td>125</td> <td>127</td> <td>168</td> <td>168</td> </tr> <tr> <td>NEST Mar</td> <td>Fev</td> <td>Mar</td> <td>Apr</td> <td>May</td> <td>Jun</td> <td>Jul</td> <td>Set</td> <td>Out</td> <td>Nov</td> <td>Dec</td> <td>Jan</td> </tr> </table>				160	174	172	167	169	181	136	152	125	127	168	168	NEST Mar	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dec	Jan					
160	174	172	167	169	181	136	152	125	127	168	168																					
NEST Mar	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dec	Jan																					
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emissão kg (CO ₂) 67,93 Compensado kg (CO ₂) 0,00 Consolidação Ecológica (% CO ₂) 0																																
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE SBN E DIGITO VERIFICADOR." Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal																																

Consta neste fatura R\$ 4,24 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,60% e COFINS:2,84%
 Caro Cliente, constam salientadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com
 emissões verificadas ate 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2008. Esta declaração substitui
 quitações anteriores.



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Litorinio Rocha de Amorim, brasileiro(a),
Solteiro, NIV. Ali produtor, portador (a) de cédula de
 identidade nº 001200521398, inscrito(a) no PF sob o nº
031.064.833-50, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na
Rua Raimundo Soárez de Oliveira, nº 578, Bairro
Pentecoste /CE, CEP: 62.640.000, conforme comprovante anexado
 em meu nome.

Pentecoste /CE, 20 de maio 2019.

X Francisco Litorinio Racha de Amorim

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
 E-mail: advvarsombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Francisco Cláudio Racho de Amorim, ferreira, Solteiro, filh
de produçõ, RG: 2009005221398 e CPF: 031.064.833-50,
com endereço na Rua Ferreira Soares de Oliveira, 578,
Pentecoste, no Estado de Pernambuco - CEP: 62.640-000.

OUTORGADA: SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Local, Data Pentecoste - 21/20 de Maio 2019.

X Francisco Cláudio Racho de Amorim
 Cliente
 CPF nº



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advarsombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Francisco Lherminio Rocha de Amorim Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitara no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE N° 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Pentecoste /CE, 20 de Maio 2019.

X Francisco Lherminio Rocha de Amorim

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, residente e nº Francisco Cláudio Rocha da Amorim, domiciliado na Rua Cláudio Silveira da Cunha, nº 578, bairro: Pentecoste, na cidade de Pentecoste, portador (a) do RG nº 2002405221308, inscrito (a) no CPF nº 031.064.833.50, estou impossibilitado (a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Pentecoste /CE, 20 de Maio de 2019

x Francisco Cláudio Rocha da Amorim

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
 E-mail: adv.sarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



Impresso nº 2018142825

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 1682 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: 10/10/2018 09:10:31
 Data / Hora da Ocorrência: 01/10/2018 16:40:00
 Endereço da Ocorrência: RUA RAIMUNDA SOARES DE OLIVEIRA
 Complemento:
 Bairro: PEDREIRA Município: PENTECOSTE/CE
 Ponto de Referência: PADARIA DO ADRIANO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO CLARMENIO ROCHA DE AMORIM
 Nascimento: 10/11/1984 CPF:
 RG: 2002005721398 Orgão Emissor: SSP UF: CE
 Filiação: MARIA DO CARMO ROCHA DE AMORIM
 FRANCISCO EDMAR DE CASTRO AMORIM
 Endereço: RUA RAIMUNDA SOARES DE OLIVEIRA, 578
 Bairro: PEDREIRA
 Município: PENTECOSTE/CE CEP: 62.640-000
 País: BRASIL Telefone: (85) 99108-2342

Histórico

DECLARA A VITIMA QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO SUPRACITADOS, ENCONTRAVA-SE EM FRENTE A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO AO SE DESLOCAR EM SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, CHASSI RC2JC4110CR5575258, PLACA ORX-0451/PENTECOSTE-CE., COR PRETA, CÓD. RENAVAM:505231441, AINDA EM NOME DE FRANCISCO ERANDIR PEREIRA DA COSTA, PERDEU O EQUILÍBRIO DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAIR DO MESMO E EM CONSEQUÊNCIA SOFREU LESÃO EM SUA MÃO DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA A UPA24H, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E APÓS ALGUMAS HORAS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS E LOGO APÓS RECEBEU LIBERAÇÃO, TENDO A ESCLARECER À VITIMA QUE DEVIDO A LESÃO SOFRIDA AINDA ENCONTRA-SE EM FASE DE RECUPERAÇÃO E AINDA NÃO ESTÁ APTO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORAIS. QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS DO FATO AS PESSOAS DE NOMES FRANCISCO DAVI CASTRO DOMINGOS RESIDENTE NA RUA PADRE ANTONIO MOREIRA, 043 - PEDREIRA - NESTE CIDADE E FRANCISCO RAIMUNDO RODRIGUES RESIDENTE NA RUA RAIMUNDA SOARES DE OLIVEIRA - PEDREIRA - NESTA CIDADE. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO PAULO GOMES JUNIOR - MAT.: 30119684

RESPONSÁVEL PELA INFURAÇÃO: X: *Francisco Clarmenio Rocha de Amorim*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Impresso n° 2018142835



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 525 - 1682 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Conselho de: 18/07/2018 09:27:04

Pág. 2 de 2

Impresso em: 10/10/2018 09:27:04



Recepção:

Data: 01/10/18

Horário: 16:50

Nome:

José Albermenio Rocha Amorim

D.N.: 10111184

Estado Civil:

(S) (C) (V) (D)

Sexo: (M) (F)

Telefone:

SUS:

898002740341603

Mãe:

Endereço:

R. 20 de Novembro, 1000

Município: Pentecoste

PRÉ - CONSULTA: () Aparentemente bem () Regular () Grave

Peso: kg

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: mmHg T: °C P: bmp R: mmrpm DX mg/dl STO2

QUEIXA PRINCIPAL: Dor e inchou no

Enfermeiro (a):

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAMES SOLICITADOS:

() Residência () Internação () Recusou Internação () Transferência () Observação

DESTINO

Dr. Lucas Dias Palácio
CRM 16398
CREMEO

José Albermenio Rocha Amorim

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do médico

Prescrição Médica

	Horário	Auxiliar
4) Wallonim 3ml dia	17:35h	Ana
		Dr. Lucas Dias Palácio CRM 16398 CREMEO
08 10 2018		
Dângela mij Viúva Lampião		

Material utilizado

Observações:

Aguilha	Gesso
Equipo	Luyas
Scalp	Ataduras
Seringa	Gases
Sondas	Outros



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, Giovanni Rocha deverá ficar sob cuidados médicos durante 21 dias dia (s) POR EXTERNO a partir desta data.

CID nº _____

Pentecoste, 01 de 10 de 18.

Dr. Lucas Dias Palácio
CRM 10398
CREMEO

Médico

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - FIRMIANA LOPES MARTINS
Rua Gonçalo Sales Pessoa, s/n - São Francisco - Pentecoste - Ceará
Fone: (85) 3352-2252 | E-mail: upapentecoste@hotmail.com.br

TRAMAR



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURU

RECEITUÁRIO

Paciente: FE Círia Mendes Roche de Souza

Endereço: 224

Prescrição:

- piroxicam (20mg) - 02 x

2015 de 12/12/62

PL. 500 5º retoma

NETANO: 25/10

500 - net cua +

CIA. 5623. 1x + cua 01

02 - 10 - 18

Carimbo de Encarregado - Marcellus
Oftalmologia - Dr. Marcellus
0101-910

HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL
VALE DO CURU
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará
Fone: (85) 3352-1342
E-mail: hospitalpentecoste@hotmail.com

Carimbo e Assinatura do Médico



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Francisco

Cílvia Mendes Ribeiro de Amorim

deverá ficar sob cuidados médicos durante 13 dia(s) a partir
desta data. CID N° 562.3 (ò direito)

Pentecoste, 03 de outubro de 2018.

CLC
Médico



Av Ant^o Braga de Azevedo, 407 - Fone: 3352.5500

Pentecoste- Ceará

Departamento Médico

Fernanda B. R. de Araújo

A Perícia Médica

Constituída funcionalmente para atender
a demanda do estabelecimento.

De momento mais quanto a demanda
para o trabalho por turnos (30) dia,
a partir de 16/05/18.

Fernanda Dias Goulart
CREMEC 13521
MÉDICA

Dra FERNANDA DIAS GOULART

CRM 13521

15/05/18

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, S/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Atende para os devidos
avisos Francisco Cílio Men-
des Rocha de Amorim, 33 anos,
encontrado em seu bairro
número do trânsito 5422
do 5º no bairro São João
pela manhã dia 02/10/2018. Rece-
bendo atendimento médico de 15
(quinze) dias, permanecendo
contudo seu quadro clínico e afasti-
mento de fármaco por mais
60 (sessenta) dias.

Data: 16/10/2018

Dr. Cícero Guedes Moreira
Ginecologista - Traumatologista
CRMCE 4084 TECF 5413

170.5623.
Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÓFAGO E PULMÃO



Paquetá Calçados Ltd.^a
Ambulatório Médico
Av. Antônio Braga Azevedo, 407 — São Francisco
Pentecoste (CE) — Fone: (85) 3352-5500

Matrícula: 25615

Atesto, para os devidos fins e especialmente para fins trabalhistas, que o(a) Sr.(a) Fionaves Gilsonne Reele de Amorim, foi atendido(a) neste Ambulatório Médico, por motivo de doença / acidente, com a seguinte finalidade e conclusão:

1. Finalidade

- Realizar consulta médica.
 - Avaliar afastamento por doença / acidente até 15 (quinze) dias.
 - Avaliar retorno ao trabalho por cessação de benefício do INSS.

2. Conclusão

- Foi encaminhado(a) à Fisioterapia.

Apto(a) / deverá retornar imediatamente ao trabalho.

Deverá retornar ao trabalho ao final do afastamento / concedido até ____/____/____).

Deverá se afastar do trabalho na manhã de hoje.

Deverá se afastar do trabalho na tarde de hoje.

Deverá se afastar do trabalho no dia de hoje.

Deverá se afastar do trabalho durante 30 (trinta) dias, a contar da presente data. CID-10: 56.2.3

Encaminhamento / Recomendação(s): _____

Pentecostes (CE). 36 de 30 de 19

Maria das Goulart
Ass. enfermeira(a)-médico(a)
CREMEC 13321
MÉDICA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190358461

Vítima: FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14416739



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190358461

Vítima: FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190269598**

Vítima: FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190269598

Vítima: FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14190118



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190269598

Vítima: FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CILARMENIO ROCHA DE AMORIM

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14189831



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Contrato particular de prestação de serviços advocatícios que entre si celebram:

CONTRATANTE:

Francisco Eitarmenio Rocha de Amorim, brasileiro, Solteiro, Auxiliar de Produção, RG: 0002005221398 e CPF: 031.064.833-50, com endereço na Rua Joimunda Soares de Oliveira, 578, Piedreira na cidade de Pentecoste - CE, CEP: 62.640-000. Tel: 85 99108-2342.

E, CONTRATADA: Dra. Sara Campelo Sombra, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº 23.562, com endereço na Rua Artur Moreira de Azevedo, nº 548, Matriz, Pentecoste/CE, CEP nº 62.640-000 e Rua Pedro de Queiros, 640, Amadeu Furtado, Fortaleza/CE, CEP nº 62.640-000, conforme cláusulas a seguir:

CLÁUSULA I - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS: A outorgada obriga-se a prestar ao CONTRATANTE, nos termos da procuração ao final subscrita, os direitos destes no ajuizamento da Ação de Recebimento de Indenização de DPVAT, e todas demais medidas judiciais cabíveis e necessárias, até o final do processo.

CLÁUSULA II - A CONTRATADA receberá da CONTRATANTE a documentação representativa do direito a ser discutido na forma da lei, notadamente: cópia do RG, CPF e Comprovante de Endereço; cópia do boletim de ocorrência; cópia da certidão de óbito; auto de exame cadavérico; prontuário médico e demais documentos necessários para comprovar a tutela a qual se postula judicialmente;

Parágrafo Único - A CONTRATANTE outorgará mandato necessário através de procuração particular ou pública, conforme exigir a natureza do ato, com cláusula de substabelecimento sem ou com reserva de poderes;

CLÁUSULA III - O contratante pagará à Contratada a título de honorários advocatícios, somente se ganhar o processo, 30% (trinta por cento) sobre o valor da indenização recebida ou acordo celebrado com a seguradora conveniada.

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979





SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

Parágrafo primeiro: Os honorários contratuais pagos na forma do caput da cláusula poderão ser destacados judicialmente dos valores pagos em benefício da contratante, declarando nesse ato o Contratante que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, por convenção de que a advogada só receberá pelo seu trabalho caso tenha êxito na presente demanda

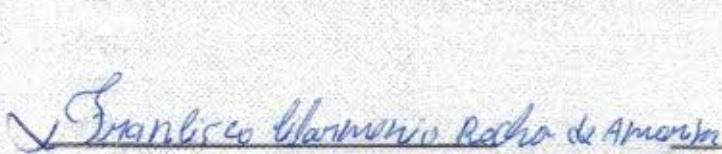
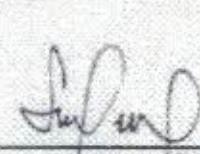
Parágrafo segundo: Caso haja improcedência da ação, nenhum valor será devido pelo Contratante à Contratada, se responsabilizando o Contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo terceiro: Em caso de descumprimento, atraso ou falta do pagamento, a contratante pagará igualmente o valor deste contrato, através da ação de cobrança, a quantia devida acrescida de juros e correções de acordo com a Lei.

Parágrafo quarto: Em caso de desistência da ação caberá ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de dois salários-mínimos a título de multa contratual.

CLÁUSULA IV – Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais no valor do presente contrato.

Assim, em 20 / 05 2019, por estarem assim justos e contratados, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas.

Francisco Blamnio Racho de Amorim
Cliente

CPF nº

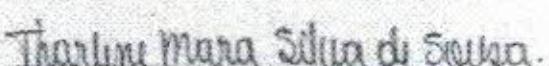
Dra. Sara Campelo Sombra
OAB/CE nº 23.562

Testemunhas:



Marfa Herbem Silva Bandeira

985.659.743-91



Thariene Mara Silva de Sousa

056.024.653-67