



Número: **0850464-05.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MOACIR COSME DE LIMA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12969 722	30/10/2017 13:50	01 PROCURAÇÃO	Procuração
12969 769	30/10/2017 13:50	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
12969 775	30/10/2017 13:50	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
12969 779	30/10/2017 13:50	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADM	Documento de Comprovação
12969 783	30/10/2017 13:50	05 QUESITOS	Outros documentos
12969 793	30/10/2017 13:50	06 DOCUMENTOS PESSOAL	Documento de Identificação
12969 803	30/10/2017 13:50	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
12969 819	30/10/2017 13:50	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

Nome: MOACIR COSME DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: DIVORCIADO
RG nº: 809.340 CPF nº: 498.257.124-49
Endereço: Sítio- Quatro Bocas, 74
Bairro: _____ Cidade: MONTE ALEGRE, RN.

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/ RN, CEP 59.146-110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" para requerer e receber junto aos **Hospitais o Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Monte Alegre /RN, 08 de Setembro de 2017

Moacir Cosme de Lima

OUTORGANTE

Reconheço a(s) assinatura(s) de
Moacir Cosme de Lima

em Monte Alegre/RN, 08/09/17

Fabiana Maria Gomes da Silva
Escrivente





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fls _____

POLÍCIA CIVIL

1ª DRP – São Paulo do Potengi/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN

Av. Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - fone: 3276-2884

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1238/2017– DPMA

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Local: NO FONTES MUNICÍPIO DE MONTE ALEGRE NATAL RN

Data e Hora do Fato: 06/05/2017 AS 02/44HS

Comunicante/Vítima: MOACIR COSME DE LIMA Sexo: M Est. Civil: DIVORCIADO

Filiação: GONÇALO COSME DE LIMA E DE GONÇALA COSME DE LIMA

Natural de: MONTE ALEGRE RN / **Nascido em:** 15/12/1965 **Idade:** 51 anos

RG: 809.340 SSP-RN **CPF:** 498.257.124-49

Endereço: SÍTIO 04 BOCAS MUNICÍPIO DE MONTE ALEGRE RN

Profissão: AGRICULTOR **Telefone:** 988040518

Acusada:

Endereço:

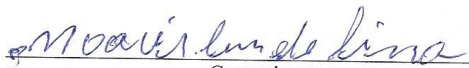
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O Comunicante compareceu a esta Delegacia para comunicar que no dia e local supracitado O MESMO, COMUNICA QUE A PESSOA DE ANDRÉ LOPES DE LIMA JUNTAMENTE COM O COMUNICANTE, ESTAVA PILOTANDO A MOTO /CG 125 FAN ES DE PLACA OKB 1018 RN ANO 2013 DE COR VERMELHA, E QUE A PESSOA DE ANDRÉ LOPES DE LIMA PELOTADA A MOTO QUANDO A MESMA DERRAPOU E VEIO AO SOLO E LOGO EM SEGUIDA OS MESMOS, FORAM CONDUZIDO, PARA O HOSPITAL DE MONTE ALEGRE E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL DANDO ENTRADA NO DIA 06/05/2017 PAR VALETA DAS 02:44:38 COM O BOLETIM DE ATENDIMENTO N-20287/2017 Nada mais declarou.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência. as15:00hs

Monte Alegre/RN,
28 de AGOSTO 2017, às 15h00min


Comunicante


Bruno Ferreira de Souza
Agente de Polícia Civil – Mat. Nº 152.576-00



ato declaratório
SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 20287/2017

Admissão: 06/05/2017 02:44:38

Cirurgia GERAL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 18804 - MOACIR COSME DE LIMA (51 a 4 m 22 d)

Nascimento: 15/12/1965

Natural: MONTE ALEGRE, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898002360602383

CPF: 49825712449

Prof:

Mãe: GONCALA PONTES DE LIMA

Pai: GONCALO COSME DE LIMA

Logradouro: QUATRO BOCAS, 1

CEP: 59182000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: .

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 06/05/2017 02:41:03				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO / TRAUMA EM OMBRO-CLAVICULA E

Hora: 01:32

Paciente vítima de queda de moto a não show
atras. Infância sem capacete e não foi
puedo descolado no local. Chega ao serviço
deambulando dor em região deltoideana e
terno a nível de ombro com limitação de movimento
(passivo).

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Via aérea livre, sem dor cervical
B	Gx O2 sat
C	Hemodinâmica estável.
D	Glasgow 15
E	Apresenta dor no ombro

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

06/05/17 8:44
Título: MOTA / TIASS
Exame: OMBRO ESQ.
Módulo: DA APD 15

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de Moto

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 06 de Maio de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS):

Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO):

Nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

Nega

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

Desconhece

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Radiografia clavícula
Radiografia tórax PA - mtl
TC crânio

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS):

ANOTAÇÃO DE SUPLENIMENTO

01 VAT
02 Desfecho João - 21
03 Ilha corungo Gail

Assinatura e Carimbo do Responsável

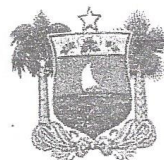
Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 20287 /2017
Admissão: 06/05/2017 02:44:38

Cirurgia GERAL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **18804 - MOACIR COSME DE LIMA** (51 a 4 m 22 d)
Nascimento: 15/12/1965 Natural: MONTE ALEGRE, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 898002360602383 CPF: 49825712449 Prof:
Mãe: GONCALA PONTES DE LIMA Pai: GONCALO COSME DE LIMA
Logradouro: QUATRO BOCAS, 1 Cidade: MONTE ALEGRE
CEP: 59182000 Bairro: AREA RURAL
Telefone: . Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 06/05/2017 02:41:03				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO / TRAUMA EM OMBRO-CLAVICULA E

Hora: 01:30

Relato vítima de queda de moto a nível da cabeça. Infância sem capela e não foi ferido descolado no local. Chegou ao serviço de emergência com fratura de clavícula e fratura de ombro (distal) e fratura de antebraço (distal) e punho.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	<i>Via aérea livre, sem desconforto.</i>
B	<i>Os pulmões</i>
C	<i>Thoracocardiaco estável.</i>
D	<i>Glasgow 15</i>
E	<i>Apresenta fratura de clavícula e antebraço e punho.</i>

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

06/05/17 8:44
MONTA TILIAO
CAMPESINHO
DA ALPIA

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 06 de Maio de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A (ALERGIAS): *Neg*

M (MEDICAÇÃO EM USO): *Neg*

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): *Neg*

L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL): *Desconhecido*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Radiografia do abdômen G

Radiografia torax RA - normal

TC crânio G

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) VAF

2) Desfibrilador externo - 200J

3) IM 8

4) 1/2 soro fisiológico G

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>Ortopedia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ALGORTIMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDAS: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA E PEÇA A OUTRA PESSOA (LIGUE 190 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL E PEÇA UM DESFIBRILADOR/DEA). 2 - ADARBA VIA AEREA. 3 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR. 4 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRAFEMORAL EN LACTENTE). 5 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 6 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 7 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 8 - DEJA DISPONÍVEL: APLIQUE CHOQUE 200 J (200 J DO DEA BIFÁSICO), E REINICIE RCP. 9 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE MANEJADA ASSUMIR. 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: URGENTE

ANAMNESE: Transtorno com transtorno do humor

EXAME FÍSICO: Normal

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Transtorno de ansiedade (sem depressão)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Transtorno de ansiedade

Medicação p/ caso

Transtorno de ansiedade

DIAGNÓSTICO: Transtorno de ansiedade

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc, o porquê, a data, etc)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas não alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas com traços conversacionais)	3
Sons ininteligíveis (Gargalhadas sem qualquer palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Pac coísa simples quando lhe é ordenada)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inapropriada a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decorticação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	16-20 = 4 12-15 = 3 10-15 = 2 6-9 = 1 1-5 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 76-90 = 3 50-70 = 2 1-40 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 06 = grave (necessidade de intubação imediata)
05 - 06 = moderado
14-15 = leve

Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que respondem com idade superior a 3 anos. Na Escala de Coma, o paciente se só deve classificar a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Fior Possível
0	1	2	3	4

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS. EM ESPECIAL A CRIANÇA, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liber

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	



MAIS TRABALHO, MAIS CIDADANIA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Do HWC
(Ortorexia)

Encaminho o paciente,
Joaquim Carlos de Lima,
br/>, com queixa de ansiedade,
apresentando trauma em
repressão onírica-clonária (E),
relatando muito dor e
dificuldade de mobilização
do braço (E).

Exame: edema + dor e
papéis na articulação do
ombro (E) + escorço +
dificuldade de elevação
do MSE.

5/5/17


MÉDICO
CRM 8988

SINISTRO 3170519208 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MOACIR COSME DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO MOACIR COSME DE LIMA

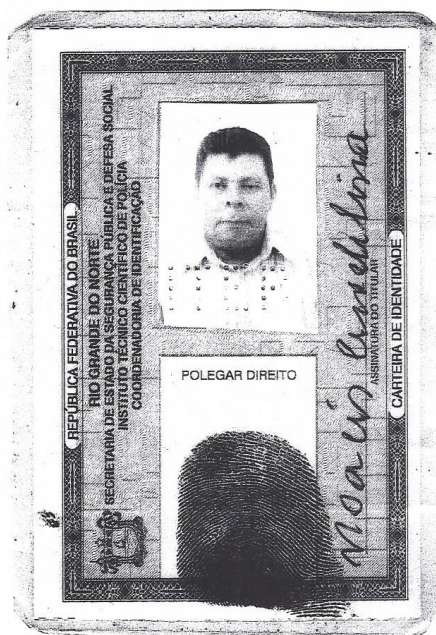
CPF/CNPJ: 49825712449

Posição em 10-10-2017 13:28:33

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memmo, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-91 | Ins. Est. 20055159-9 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANDRÉIA LOPES DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PO QUATRO BOCAS 74

CPF: 081.879.514-00 NIS: 16007174892

QUATRO BOCAS/ÁREA RURAL
MONTE ALEGRE RN
59182-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7003767234 07/2017

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2017 21/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 38,79

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
001021094 UNICA 20/07/2017

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2017 3010351087 463523

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19989543	5,99
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32519217	22,76
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	2,0000000	0,48778926	0,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,37
Contribuição Iluminação Pública			3,42
ICMS-Parcela Subvencionada			4,98

TOTAL DA FATURA

38,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FREGIAÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215016959	CAT	21-06-2017	295,00	29-07-2017	337,00	28	1,0000		102,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh

JUL 17	102
JUN 17	97
MAI 17	66
ABR 17	85
MAR 17	89
FEV 17	82
JAN 17	87
DEZ 16	103
NOV 16	111
OUT 16	79
SET 16	102
AGO 16	93
JUL 16	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	30,39	18,60
PIS	30,39	1,29
COFINS	30,39	5,60

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	10,30	33,90%
Transmissão	1,39	4,57%
Distribuição (Cosern)	7,21	23,22%
Perdas de Energia	1,71	5,02%
Encargos Setoriais	2,19	7,21%
Tributos	7,53	24,78%
Total	30,38	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,14262000
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,24451200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,35578800

RESERVADO AO FISCO

6027 F886 A355 4307 0385 C592 2FFD 1832

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal é de responsabilidade do cliente em relação à tarifa e em vigor a Anatel Map. Informações em www.anel.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a continuidade da utilização do sistema de fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa 2% (Res. 414/ANEE - 09/2010) e juros 0,01% (Lei 10.438-2004/02), no primeiro mês. O cliente pode solicitar a Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 3,18. O cliente é responsável quando não descumprimento do prazo destinado para os procedimentos de atendimento ao cliente.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços e condições de uso se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO VERACOLZ	VALOR APLICADO (R\$/hora)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	11,45	22,90	45,80
PIC	0,00	7,54	15,08	30,16
DMC	0,00	6,24	0,00	0,00

Limite DICR: 16,60

EUCD - Valor de Energia de Uso no Sistema de Distribuição - R\$ 10,01

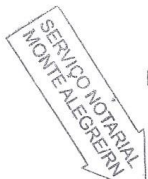
NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARCOS COSME DE LIMA, brasileiro (a), portador (a) do RG nº 809.340, inscrito (a) no CPF sob o nº 498.257.224.49, residente e domiciliado à Rua SÍTIO - QUATRO BOCAS

Nº 74, MONTA ALEGRE /RN, CEP 59282-000, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.



Parnamirim/RN, 08 de Setembro de 2017.

Marcos Cosme de Lima

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se explica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: MOACIR COSME DE LIMA
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 809.340, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 498.254.324-49
residente e domiciliado(a) a Sítio - Quatro Bocas, 44, CEP 59182-000

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, Pamamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;
- b) praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do provimento 128/15 do TJRN

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 6ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 7ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 8ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Pamamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Pamamirim/RN, 08 de Setembro de 2017

Moacir Cosme de Lima
CONTRATANTE

João Roberto F. das Neves
JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisco Alvinio do N. Filho

CPF: 923.980.303-39

Testemunha

Everton F. de Santana Felix

CPF: 070.507.954-61