

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000013813-1

Nr. da Autenticação 71C75257258BAA4C

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5989247

A/C: PAULO ROBERTO XAVIER

Sinistro: 3140155242
Vitima: PAULO ROBERTO XAVIER
Data Acidente: 25/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

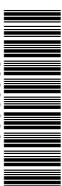
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6317706

A/C: PAULO ROBERTO XAVIER

Sinistro: 3140155242
Vítima: PAULO ROBERTO XAVIER
Data Acidente: 25/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00569/00570 - carta_02





Seguradora Líder - DPVAT



fls. 79

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2015

Carta n°: 6527447

A/C: PAULO ROBERTO XAVIER

Sinistro: 3140155242
Vitima: PAULO ROBERTO XAVIER
Data Acidente: 25/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO ROBERTO XAVIER

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000013813-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
--	-----	-----------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento
*****0014*

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU. Paulo Roberto Xavier

PORTADOR(A) DO RG Nº 93025003862

EXPEDIDO POR S.S. P. I. C. S.

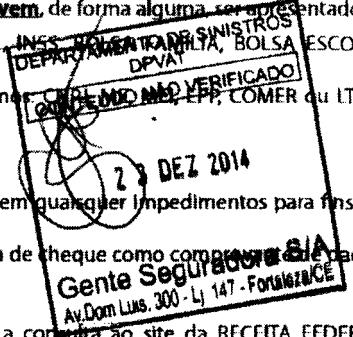
EM 23/03/112 E

CPF **248127063-00** /CNPJ **000000000000000000**, PROFISSÃO **operador**
E RENDA MENSAL DE R\$ **724,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Paulo Roberto Xavier**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem, de forma alguma, ser apresentados:**

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
 - Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
 - Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de Indenização do DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da BANCO N° da AGENCIA (com dígitos, se existir) N° da CONTA (com dígitos, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.913 0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ribeirão Preto, 01º de Dezembro de 2014 Paulo Roberto Xavier

LOCAL E DATA

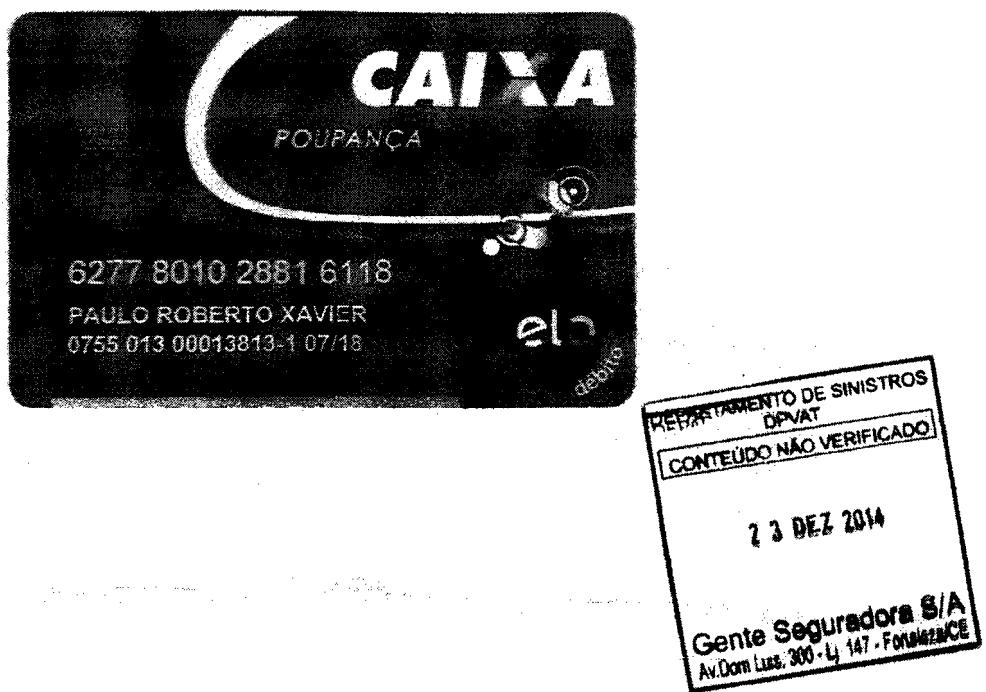
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo da análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Width1Width3Width993Width3Width8
dth3Widthh993Widthh3Width8
643

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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 504-04060/2014 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 28/11/2014 07:19

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 25/10/2014 15:40

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: JARDIM

ZONA RURAL RUSSAS/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO A LAGOA DOS FIRMINOS

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: O noticiante informa que na hora, dia e local, acima mencionado, foi vítima de um acidente de transito quando trafegava na motocicleta abaixo descrita:

RENAVAM: 1009627802

Número Chassi: 9C2KC1680ER537531

Placa: ORY3380

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Ano de Fabricação: 2014

Ano do Modelo: 2014

Cor: VERMELHA

Tipo Veículo: MOTOCICLETA

Quantidade de Passageiros: 2

Potência: 0

Cilindradas: 149

Categoria: PARTICULAR

Espécie PASSAGEIRO

Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL

Número de Eixos: 0

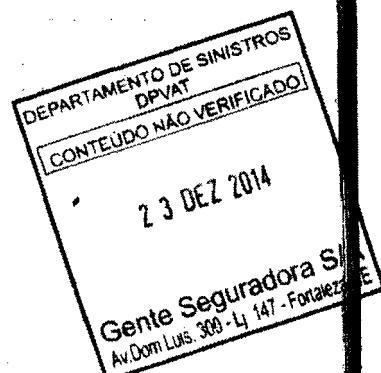
Número Motor: KC16E8E537531

Data Licenciamento : 10/06/2014

Quantidade Multas: 0

Quantidade Restrições: 0

Débito licenciamento : NAO



Ronaldo José da Mota
Inspetor de Polícia Civil
Mat. n° 1083533

Paulo Roberto Xavier



Autentico para os devidos efeitos, o presente cópia, reprodução ou cópia do documento que me foi apresentado em 28/12/2014 pelo policial interessado. *Luziana Silva Oliveira*
 Em testemunho na forma de
 Luziana Silva Oliveira - Delegada de Polícia - Delegacia Municipal de Russas - CE
 VALIDO APENAS COM O Selo de Autenticação do Delegado ou seu Substituto
 Selo(s): GE-423147 - CARLOS HENRIQUE VENTURA DE SOUZA - Delegado
 Luziana Silva Oliveira - Delegada de Polícia - Delegacia Municipal de Russas - CE
 Data: 2015-01-01 10:45:00 - Atualizado em 2015-01-01 10:45:00

IPVA em Débito: Não

Roubado: Não

Dados do Proprietário

Proprietário: FRANCISCO EDINARDO DE LIMA

CPF/CNPJ Proprietário: 43651178315

Endereço: RUA DOR JOSE HELIO DE OLIVEIRA 556

Bairro: PLANALTO DA CATUMBELA

Cidade: RUSSAS

CEP: 62900000

QUE seguia em uma estrada carroçal, quando veio a colidir com um animal(cachorro), onde restou por cair: QUE foi socorrido para o HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS/CE; QUE o noticiante sofreu FRATURA EM COTOVELO DIREITO; QUE o noticiante passou por procedimento cirúrgico; QUE declara não ser habilitado para dirigir veículos automotores; QUE o noticiante manifesta o deseja de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.//////////

► DADOS DA VÍTIMA

NOME: PAULO ROBERTO XAVIER

RG: 93025008862 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1963

FILIAÇÃO: OLÍVIO ARAUJO XAVIER

AURINEIDE ROBERTO XAVIER

ENDEREÇO: R ASTROGIODO MOREIRA DE SOUSA 125

JARDIM DE SAO JOSÉ

RUSSAS/CE

TELEFONE: 88-97631841

► DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

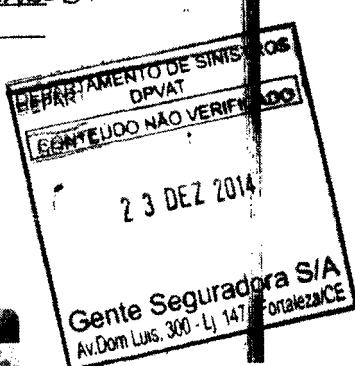
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Paulo Roberto Xavier
Roubo de Bem de Valor
Inspetor de Polícia Civil
Mat. n° 100353



Autentico, estou no depósito número 4 da Delegacia Municipal de Morada Nova, declaro que no dia 23/12/2014 fui informado pelo delegado Tiberio de Melo Cava/ALCANTE e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, protocolado em 23/06/2016 às 14:53 , sob o número WEB116102819926. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0207201-92.2015.8.06.0001 e código 22B8FAE.



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro

Russas / Ceará

Comprovação de ato declaratório



0005*

1400070322	25/10/2014 16:33:51	GUIA DE ATENDIMENTO - () ATEND. (X) OBSERV.	DIURNO - 23
Paciente: 00084852 - PAULO ROBERTO XAVIER	DN: 26/05/1963 - 51 A 5 M 3 D	Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)	
Identidade 93025008662 - SSP CE	Raça/Cor: Parda -	CPF: 248.127.063-00	Ocupação: AGRICULTOR
Endereço: SITIO - JARDIM DE SAO JOSE - 0 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE	Mãe: AURINEIDE ROBERTO XAVIER	CEP: 621.900-000	Nat.: RUSSAS - CE
Fones: 8896356625	Pai: OLIVIO ARAUJO XAVIER	Profiss. Atend.:	Validade:
Classificação de Risco:	Convênio: SUS - SUS	Carteira:	CNS: 898004220552881
Autorização:	Sispronatal:	Caráter Atend.:	URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Especialidade: CLINICA MEDICA	Setor:	EMERGÊNCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES:

Peso: ____ KG. Temperatura: ____ °C. Pressão: **160X100** mmHg.

QUEIXA PRINCIPAL

() SÍNDROME FEBRIL () SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO () SUSPEITA DE DENGUE

Sintoma de acidente de moto fratura em braço direito imobilização para avaliação ortopédica

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Acidente. moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura em cotovelo enquadado

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

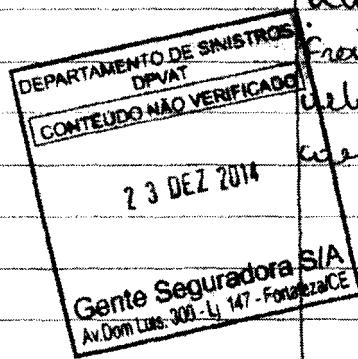
(X) RAIO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

① Raio x - cotovelo (C) /
 ② Captospil - 25 mg } 16:35 g



CONDUTA:

- () ALTA POR DECISÃO MÉDICA
 () OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)
 () TRANSFERÊNCIA PARA:

- () AMBULATÓRIO
 () ALTA A REVELIA

- () ALTA A PEDIDO
 (X) INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: **25/10/2014 16:40**

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica



Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. [Signature] e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: MARCOS IVO

Acidente moto



Comprovante de residência

3001398-4

351214625

Rua 35 25005 73 041000 - 3 Data de Emissão 21/07/2014
 CEP/Log PAULO ROBERTO XAVIER
 Endereço ST JARDIM SAO JOSE 00000
 Bairro JARDIM SAO JOSE - RUSSAS - 62000000
 Medico 12607931 CEP/Log 0000 0000
 Chave 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Valor da Fatura 0,00
 Número 2481270563 00

10/2014-21/07/2014-20/08/2014

PESI 1.87

31-32-14 39-34-14 31-DIGS 39 40 41

VALOR CONSUMO DO MES	3,80
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,16
COR SALDO FATURA ANTERIOR	6,60

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 DEZ 2014

Gente Seguradora S/A
Av. Pernambuco, 300 - Lt. 147 - Fortaleza/CE

0100000011

10.56

Energia
Transmissão
Distribuição
Encargos Sistêmicos
Tributos (IAMS PIS/COFINS)
TOTAL

A CIELO AGRDECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
FATURADA TAVA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 8,23 referente a PIS e COFINS.



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Documentação médica Hospitalar



0006

1400070322

2014/10/29 16:33:51

GUIA DE ATENDIMENTO - () ATEND. (X) OBSERV.

, , , DIURNO - 23

Paciente: 00084852 - PAULO ROBERTO XAVIER

DN: 26/05/1963 - 51 A 5 M 3 D

Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)

Identidade: 93025006862 - SSP CE Raga/Cor: Parda -

CPF: 248.127.063-00 Ocupação: AGRICULTOR

Endereço: SITIO - JARDIM DE SAO JOSE - 0 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE

CEP: 62.900-000 Mat. RUSSAS - CE

Fone: 8896356625

Mae: AURINEIDE ROBERTO XAVIER

Pai: OLIVIO ARAUJO XAVIER

Classificação de Risco:

Convênio: SUS - SUS

Carteira:

Validade:

Autorização:

Sísprenatal:

CNS: 898004220552881

Caráter Atend.: URGÊNCIA

Motivo: URGENCIA / EMERGENCIA

Especialidade: CLINICA MEDICA

Profiss. Atend.:

Setor: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES:

Peso: KG.

Temperatura: °C.

Pressão: 160X100 mmHg.

QUEIXA PRINCIPAL

 SÍNDROME FEBRIL SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO SUSPEITA DE DENGUE

vítima de acidente de moto fratura em braço direito imobilização para avaliação ortopédica

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Acidente. moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura em cotovelo esquerdo

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

 RAIO-X ULTRASSOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

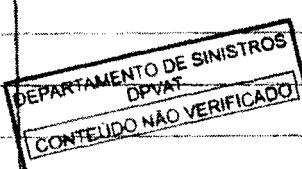
APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

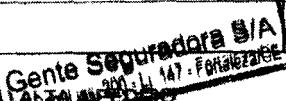
① Raio x - cotovelo (C)
 ② Captospil - 25 mg

16:35

Paciente entrou
acidente moto
Fratura em
velo le 1 encor
cos velho con



23 DEZ 2014



DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 25/10/2014 16

CONDUTA:

ALTA POR DECISÃO MÉDICA
 OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)
 TRANSFERÊNCIA PARA:

AMBULATÓRIO
 ALTA A REVELIA

INTERNAÇÃO

ÓBITO

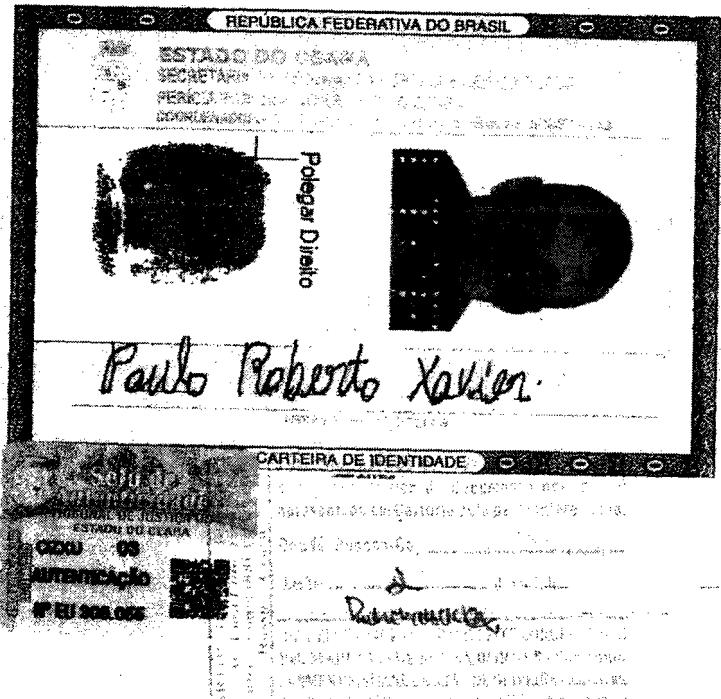
Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: MARCOS IVO

Acidente moto



Documentos de Identificação



0013

23 DEZ 2014

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lt. 147 - Fortaleza/CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

010822486617

CRDD 01 1009627802 0000000000 2014

FRANCISCO EDINARDO DE LIMA

RUSSAS/CE

43651178315 ORY3380

*****/CE SC2KC1680ER537531

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALECO

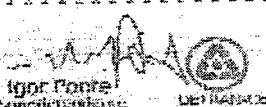
HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2P/0CV/149CC PARTIC VERMELHA

00/00/0000

AL.FIDI BANCO HONDA S/A

RUSSAS


 Igor Ponte
Assistente de Controle de Documentos

10/06/2014

DE NOTA

TINIRIN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE MARCHA RESTRIÇÕES DE PESO SOU CARGA NESSAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DE VÁRIAS

010822486617

2014

43651178315 ORY3380

2014 10/06/2014

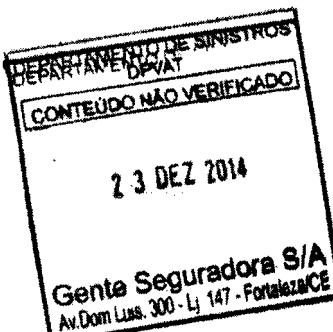
01 43651178315 ORY3380

1009627802 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 SC2KC1680ER537531

09/00/0000

DESPACHANTE
LOTE/DOC 116120711 - LIGRE
MOTOR: KC16E8E837531



Pronto

Otros



0029

Gente

Seguradora

São Paulo, 22 de Janeiro de 2015.

Ao
Sr. Claudio Ladeira

REF.: Remessas roubadas

Prezado senhor, enviamos em anexo, os códigos de rastreamento dos Correios e as respectivas guias das correspondências que foram roubadas, bem como diversas remessas de São Paulo que foram entregues com atraso.

São Paulo - SP: Envios dos dias 19/12/2014, 23/12/2014 e 26/12/2014.

Fortaleza - CE: Envios dos dias 28/11/2014 e 26/12/2014.

Porto Alegre - RS: Envio do dia 24/12/2014.

Florianópolis - SC: Envio do dia 17/12/2014.

(Large handwritten signature over the typed text)
Aterciadamente
GENTE SEGURADORA S/A
DIogo ZEVEDO
GESTOR DPVAT

Ficou definido em reunião
realizada de hoje, que a Gente
Seguradora irá apresentar os docu-
mentos roubados pelos ladrões,
em cópia digitalizada para
dar sequência no processo juntando
a São Paulo.

23/01/15

Claudio Ladeira
Claudio Ladeira
Diretor de Operações

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Nove de Julho, Nº 4312 - Jardim Paulista - CEP 01406-100 - SÃO PAULO/SP.
Fone: (11) 3894-3477 - Ouvidoria: 0800.6078888 - E-mail: dpvatsp@genteseguradora.com.br
www.genteseguradora.com.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Roberto Xavier, portador da carteira de identidade nº 93025008862 e inscrito no CPF/MF sob o nº 348.127.063-00, residente e domiciliado na Sítio Vila União de São José, SIN - Zona Rural, Cidade Ribeirão, Estado Ceará, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulo Roberto Xavier

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ribeirão, 04º/12/14

Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140155242
Vítima: PAULO ROBERTO XAVIER

Cidade: Russas
Data do acidente: 25/10/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: COTOVELO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

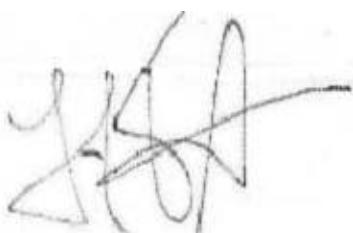
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140155242

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ROBERTO XAVIER

Data do acidente: 25/10/2014

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTICA DO OLÉCRANO DIREITO. FRATURA DO FÊMUR DIREITO. .

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR NO BRAÇO DIREITO, COM RIGIDEZ ARTICULAR E BLOQUEIO NA PRONOSUPINAÇÃO PREJUDICANDO A MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. ATROFIA DO QUADRÍCEPS E LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos:

RECEBEU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR, REPOUSO POR 90 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA. OSTEOSÍNTESE DO COTOVELO COM FIXAÇÃO METÁLICA E IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PRESTADOR

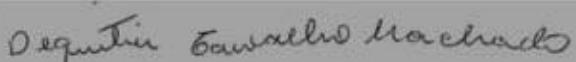
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em Letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, Paulo Roberto XavierPORTADOR(A) DO RG Nº 93025008862EXPEDIDO POR SSP/CEEM 23/03/11 E

CPF 2420270063-00 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Roberto Xavier, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0755 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13813-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 01º de Dezembro de 2014
 LOCAL E DATA

Paulo Roberto Xavier
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



3140 1552 41295

Ribeirão Claro, 02 de Março de 2015.

Eu, Paulo Roberto Xavier, solteiro, agricultor, portador de RG: 93025008862 e CPF: 248.127.063-00, venho por meio desta comunicar que minha conta nº 13813-1, agência 0755, Branco Caixa Econômica, encontra-se canta para receber depósito de qualquer valor, pois a mesma não possui limites e nem está bloqueada, podendo receber depósito do indenização do meu seguro DPVAT.

Paulo Roberto Xavier

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): PAULO ROBERTO XAVIER Sinistro: 3140155242 Data: 25/10/2014

Endereço do(a) Examinado(a): ST JARDIM SAO JOSE - JD DE SAO JOSE - Russas - CE - CEP 62900-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SSP /CE] 3140155242

Data local do exame: [13/02/2015] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA COMINUTICA DO OLÉCRANO DIREITO. FRATURA DO FÉMUR DIREITO. APRESENTA ATROFIA MUSCULAR NO BRAÇO DIREITO, COM RIGIDEZ ARTICULAR E BLOQUEIO NA PRONOSUPINAÇÃO PREJUDICANDO A MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. ATROFIA DO QUADRICEPS E LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [X] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RECEBEU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO FÉMUR, REPOUSO POR 90 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA. OSTEOSÍNTESE DO COTOVELO COM FIXAÇÃO METÁLICA E IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO JOELHO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 310 da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MÉMBRO SUPERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Fernando Rabelo da Silva
ORTOPEDISTA, ORTOPEDISTA DA MÉDICO
CRM: 3630

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 37ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CE

Processo n.º 0207201-92.2015.8.06.0001

MARÍTIMA SEGUROS S/A, neste ato representada por seus procuradores, conforme atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **PAULO ROBERTO XAVIER**, já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A parte autora, por livre e espontânea vontade, realizou Avaliação Médica para fins de Conciliação, consoante laudo anexo, sendo apurada indenização a pagar, descontando-se o valor já indenizado administrativamente.

A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos) para a liquidação do feito, acrescido da importância de R\$ 607,50 (seiscentos e sete reais e cinquenta centavos) referentes ao pagamento de honorários de sucumbência, totalizando a quantia de R\$ 3.645,00 (três mil, seiscentos e quarenta e cinco reais).

O pagamento será efetuado mediante depósito judicial em até 30 (trinta) dias a contar da homologação judicial. No que tange ao pagamento das custas processuais finais, requerem a aplicação do artigo 90, §3º, do Código de Processo Civil.

Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Rua Eusébio de Sousa, 1585, 200, Fátima, Fortaleza-Ce, CEP 60.411-160 - Fone (85) 3272 5668
www.cavalcanteadv.com.br

MBON 2133842



**Cavalcante
e
Cavalcante**
Advogados Associados

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será cobrado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto ao objeto da ação da vítima Paulo Roberto Xavier, inscrita no CPF sob o n.º 248.127.063-00 de modo que dá, neste ato, plena, irrestrita e irrevogável quitação do Seguro DPVAT relativos ao acidente de trânsito ocorrido em 25/10/2014 nos termos do Boletim de Ocorrência nº 504-04060/2014, para nada mais reclamar em Juízo, ou fora dele, seja a que título for.

Declararam as partes que o presente acordo é fruto de sua livre manifestação de vontade, não havendo vício algum, de qualquer ordem, sobre os termos acima dispostos.

As partes desde já concordam com o imediato levantamento dos valores após a confirmação do depósito judicial, requerendo a expedição de guia de levantamento em favor da parte autora independente de nova manifestação das partes.

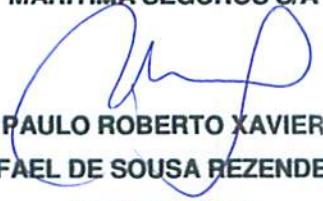
Por todo o exposto, **as partes requerem homologação do presente acordo**, com a expedição de alvará para o levantamento da quantia depositada a título de transação entre as partes, independente de nova manifestação, bem como a extinção do processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, III. Alínea b, do Código de Processo Civil e sua consequente remessa ao arquivo geral deste Tribunal.

Nestes Termos,

P. Deferimento.

Fortaleza, *24* de *julho* de 2016.

MARÍTIMA SEGUROS S/A


PAULO ROBERTO XAVIER

P/P RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI

OAB/CE 18.044



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

37ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes, 220, Edson Queiroz - CEP 60811-690, Fone: (85)3492-8467, Fortaleza-CE - E-mail: focv37@tjce.jus.br

SENTENÇA

Processo nº: **0207201-92.2015.8.06.0001**

Classe: **Procedimento Sumário**

Assunto: **Contratos de Consumo**

Requerente: **Paulo Roberto Xavier**

Requerido: **Marítima Seguros S/AMarítima Seguros S/A**

Em vigor a Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015 - Código de Processo Civil.

As partes formularam acordo nas páginas 111-112, em que ajustaram a solução da lide, como permite o art. 840 do Código Civil.

Por isso, homologo o acordo por sentença, para que surta os jurídicos efeitos. Em consequência, declaro a extinção do processo, com resolução do mérito, na forma do art. 487, III, "b" do Código de Processo Civil/ 2015.

Honorários de advogado, consoante o ajuste.

Quanto às custas processuais, imponho à ré seu pagamento por metade (CPC/15, art. 90, §2.º).

Foi defrido a parte autora obteve o benefício da gratuidade judiciária, por decisão nos autos, de sorte que lhe suspendo a exigibilidade do pagamento de custas e honorários advocatícios e/ou periciais, na forma do art. 98, § 3º, do CPC/15, que somente poderão ser executadas se, nos 5 (cinco) anos subsequentes ao trânsito em julgado da decisão que as certificou, o credor demonstrar que deixou de existir a situação de insuficiência de recursos que justificou a concessão de gratuidade, extinguindo-se, passado esse prazo, tais obrigações do beneficiário.

Publique-se. Registre-se. Intime-se.

Tendo havido acordo, não há interesse em recorrer (preclusão lógica). De modo que o trânsito em julgado da sentença independe de prazo.

Expeça-se Alvará competente.

Fortaleza/CE, 27 de julho de 2016.

Onildo Antonio Pereira da Silva

Juiz de Direito

Assinado Por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei 11.419/2006: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:
a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica; Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**. Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



Cavalcante
Cavalcante
Advogados Associados

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE
FORTALEZA/CE**

**COMUNICADO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE ACORDO**

SEGURADORA LÍDER, já qualificada, VEM, por seu advogado, perante V. Exa., com o devido respeito, em cumprimento à decisão de fls., comprovar que efetuou o pagamento em favor da parte Requerente.

Assim, requer a **EXTINÇÃO DO FEITO** e o **ARQUIVAMENTO DOS AUTOS.**

Por fim, reitera o pedido de que todas as intimações sejam realizadas na pessoa do advogado **TIBÉRIO CAVALCANTE – OAB/CE 15.877**, com endereço à Rua Eusébio de Sousa, 1585, Fátima, Fortaleza-CE, CEP 60.411-160, sob pena de nulidade dos atos, tudo em observância aos arts. 39, I e II e 236 § 1º do CPCivil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Fortaleza/CE, 23 de março de 2016

*Tibério Cavalcante
OAB/Ce 15.877*

RECIBO DO SACADO

CAIXA	104-0	10490.00076 40308.704549 16080.022920 5 0000000364500		
Cedente / Beneficiário TJ CEARA			CPF/CNPJ do Cedente / Beneficiário 09.444.530/0001-01	Agência / Código do Cedente 4030 / 40308700000007-4
Nº do documento 040403000681608224	Nosso Número 804541608002292-7	Vencimento	Valor do Documento 3.645,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): VARA: 37A VARA CIVEL PROCESSO: 2072019220158060001 N° GUIA: 2133842 JURISDICIONADOS: PAULO ROBERTO XAVIER / SEGURADORA LIDER CONTA: 4030 040 01655861 - 1 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040403000681608224 OBS:			(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado	

Sacado: SEGURADORA LIDER CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04
Sacador/Avalista: UF: CEP:
CPF/CNPJ:

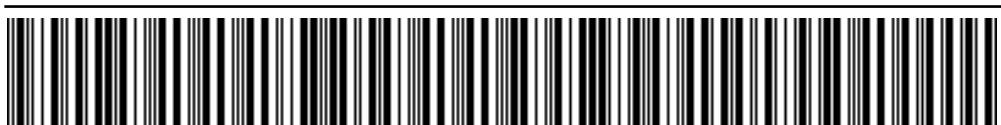
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

CAIXA	104-0	10490.00076 40308.704549 16080.022920 5 0000000364500		
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento
Cedente / Beneficiário TJ CEARA			CPF/CNPJ do Cedente / Beneficiário 09.444.530/0001-01	Agência / Código do Cedente 4030 / 40308700000007-4
Data do documento 22/08/2016	Nº do documento 040403000681608224	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 22/08/2016
Uso do Banco	Carteira SR	Moeda R\$	Quantidade	Valor 804541608002292-7 3.645,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): VARA: 37A VARA CIVEL PROCESSO: 2072019220158060001 N° GUIA: 2133842 JURISDICIONADOS: PAULO ROBERTO XAVIER / SEGURADORA LIDER CONTA: 4030 040 01655861 - 1 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040403000681608224 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Sacado: SEGURADORA LIDER CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04
Sacador/Avalista: UF: CEP:
CPF/CNPJ:



Autenticação - Ficha de Compensação



Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
	30/08/2016	0	0
DATA DA GUIA 30/08/2016	Nº DA GUIA 2133842	Nº DO PROCESSO 02072019220158060001	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
UF/COMARCA CE	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 3645,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO YASUDA MARÍTIMA SEGUROS S/A		TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 61383493000180
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE PAULO ROBERTO XAVIER		TIPO DE PESSOA FISÍCA	CPF / CNPJ 24812706300
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA CB0AC2EF4B4F24EC			



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

37ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes, 220, Edson Queiroz - CEP 60811-690, Fone: (85)3492-8467, Fortaleza-CE - E-mail: focv37@tjce.jus.br

ALVARÁ

Processo nº: **0207201-92.2015.8.06.0001**

Classe: **Procedimento Sumário**

Assunto: **Contratos de Consumo e Seguro**

Requerente: **Paulo Roberto Xavier**

Requerido: **Marítima Seguros S/A**

O Dr. Cristiano Rabelo Leitão, Juiz de Direito da 37ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, Estado do Ceará, por nomeação legal, e no uso de suas atribuições regulares, **FAZ SABER** aos que o presente virem que, atendendo a requerimento formulado no processo em epígrafe, **AUTORIZA o Sr. Paulo Roberto Xavier**, portador da cédula de identidade de nº 93025008862 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 248.127.063-00, **ou seu advogado, Fábio Rafael de Souza Rezende Monti, inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044**, para que proceda ao levantamento do depósito judicial, junto à **Caixa Econômica Federal (Conta Judicial nº 01655861-1)**, **no valor de R\$ 3.645,00 (três mil, seiscentos e quarenta e cinco reais)**, **acrescido dos consectários legais**. *Por sua natureza, o alvará não contém ordem ou determinação, mas simples autorização da prática do ato nele descrito, de sorte que não obriga o destinatário, a quem cabe examinar a regularidade da medida, informando ao órgão judiciário a respeito de eventual impedimento para o seu cumprimento.* Fortaleza/CE, 30 de setembro de 2016. Eu, José Fernando Paiva de Araújo, Técnico Judiciário, matrícula nº 8795, o digitei.

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Provimento TJCE nº 09/2004

**Cristiano Rabelo Leitão
Juiz de Direito**

Assinado por certificação digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de **atos e transmissão de peças processuais** será admitido nos termos desta Lei."

§ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**
Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois Conferência de Documento Digital do 1º grau.

Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



Cavalcante
Cavalcante
Advogados Associados

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE
FORTALEZA/CE**

**COMUNICADO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE ACORDO**

SEGURADORA LÍDER, já qualificada, VEM, por seu advogado, perante V. Exa., com o devido respeito, em cumprimento à decisão de fls., comprovar que efetuou o pagamento em favor da parte Requerente.

Assim, requer a **EXTINÇÃO DO FEITO** e o **ARQUIVAMENTO DOS AUTOS.**

Por fim, reitera o pedido de que todas as intimações sejam realizadas na pessoa do advogado **TIBÉRIO CAVALCANTE – OAB/CE 15.877**, com endereço à Rua Eusébio de Sousa, 1585, Fátima, Fortaleza-CE, CEP 60.411-160, sob pena de nulidade dos atos, tudo em observância aos arts. 39, I e II e 236 § 1º do CPCivil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Fortaleza/CE, 23 de março de 2016

*Tibério Cavalcante
OAB/Ce 15.877*



Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	0	Nº DA CONTA JUDICIAL	0
		30/08/2016			
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO		TIPO DE JUSTIÇA	
30/08/2016	2133842	02072019220158060001		ESTADUAL	
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE		VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
CE	Vara Cível	RÉU		3645,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
YASUDA MARÍTIMA SEGUROS S/A		Jurídica		61383493000180	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
PAULO ROBERTO XAVIER		FÍSICA		24812706300	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA					
CB0AC2EF4B4F24EC					