



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE GROAIRAS
VARA UNICA DA COMARCA DE GROAIRAS**

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
CNPJ 09.444.530/0001-01
COMARCA DE GROAIRAS
SECRETARIA DE VARA UNICA
Rua Princesa Isabel, nº 1520
GROAIRAS-CE CEP 62.190-560

**Processo Nº
2983-82.2017.8.06.0082/0**

**Data - Hora
7/12/2017 - 11:35**



4068/2017

Dados Gerais do Processo			
Número Único	2983-82.2017.8.06.0082/0		
Tipo de Ação	PROCEDIMENTO ORDINÁRIO - CÍVEL		
Hierarquia Ação	\PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO\Processo de Conhecimento\Procedimento de Conhecimento\Procedimento Ordinário		
Classe	TODAS AS VARAS - 1V/1VJ		
Autuação	07/12/2017 11:31	Volumes	1
Just. Gratuita	SIM	Segredo de Justiça	NÃO
Órgão Julgador	VARA UNICA DA COMARCA DE GROAIRAS		
Assunto(s)			
SEGURO Hierarquia: \DIREITO CIVIL\Obrigações\Espécies de Contratos\Sistema Financeiro da Habitação\Seguro			
Partes			
Requerente : DIEGO ASEVEDO FARIAS Rep. Jurídico : 28534 - CE RENAN MARTINS ALBUQUERQUE Requerido : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT			



Martins Albuquerque

Advocacia

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE GROAÍRAS/CEARÁ.



VARA ÚNICA DA COMARCA DE GROAÍRAS/CE

Protocolo nº 1465.

Apresentado hoje, 30/11/2017.

Recebe
Recebido (a)

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (COMPLEMENTAÇÃO)

DIEGO ASEVEDO FARIAS, nascido em 21/04/1987, brasileiro, casado, desempregado, portador da cédula de identidade 2000010271814 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 018.822.883-78, residente e domiciliado na Avenida São José, nº 870, Centro, Groaíras-CE, CEP 62.190-000, por seu advogado que esta subscreve (instrumento de Mandato incluso), vem à presença de Vossa Excelência propor **AÇÃO DE COBRANÇA** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com sede na Rua da Assembleia, nº 100, 16º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20011-000, pelas razões de fato e de direito que passo a expor.

**PRELIMINAR
JUSTIÇA GRATUITA**

O autor, preliminarmente, requer o benefício da Justiça Gratuita, nos termos do art. artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal, Lei nº 7.510/86, e arts. 98 e ss do Código de Processo Civil, eis que não desfruta de condições financeiras para arcar com despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e família, conforme atestado de pobreza que instrui a exordial.

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: renan_adv@yahoo.com.br

Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 28.534



Martins Albuquerque

Advocacia



1. DOS FATOS

O demandante, em 10 de novembro de 2016, por volta das 12:00 h, sofreu acidente automobilístico na estrada vicinal, na Localidade de Aroeira dos Macieis, zona rural, nesta cidade, como demonstra boletim de ocorrência que segue anexo.

O acidente provocou lesão e fratura no pé esquerdo, vindo a ficar com debilidade permanente, não havendo possibilidade de cura, conforme demonstram os exames, atestados e prontuários médicos que seguem anexos.

Pois bem, em decorrência de sua comprovada invalidez o Autor requereu o pagamento do seguro obrigatório relacionado à invalidez permanente junto à companhia de seguros, ora Requerida, o qual foi solicitado acompanhado de toda a documentação necessária, conforme protocolo em anexo. Entretanto, o valor disponibilizado do seguro relativo à invalidez foi apenas R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme extrato e consulta em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional do membro supramencionado corresponde ao valor do teto na importância de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, segundo prontuário, exames e laudos médicos acostado em anexo.

É que a indenização deve atingir o valor máximo em razão das condições socioeconômicas do autor, de modo que a incapacidade deve ser considerada como total.

É diante do pagamento parcial pela requerida que se faz necessário a presente ação de cobrança dos valores determinados por lei.

2. DO DIREITO

2.1. Inversão do Ônus da Prova

O art. 6º, inciso VII, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, prevê a possibilidade de inversão do ônus probatório quando for verossímil a alegação ou quando for o consumidor hipossuficiente, *ex vi*

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: rcnan_adv@yahoo.com.br

Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 28.534



Martins Albuquerque

Advocacia

"Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

(...)

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;"

O demandante, na espécie, é hipossuficiente. É que, como cedejo, a relação jurídica ora discutida é formada de um lado por **instituição bancária** e de outra por **consumidor**, o qual, por notório, é a mais frágil na relação de consumo.

2.2. Da Aplicabilidade do CDC

O art. 3º, § 2º, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, reconhece por serviço qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista, *ex vi*:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

É tema pacífico na doutrina e na jurisprudência brasileira, por outro lado, a aplicabilidade do Código de Proteção e Defesa do Consumidor às relações firmadas com instituições financeiras.

O **Superior Tribunal de Justiça**, sobre o assunto, inclusive, editou a **súmula 297**, com o seguinte enunciado:

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: renan_adv@yahoo.com.br


Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 23.534



Martins Albuquerque

Advocacia

"O Código de Defesa do Consumidor é aplicável às instituições financeiras."

Já para expressar o entendimento firme do **Supremo Tribunal Federal**, merece citação a ementa da **ADI 2591/DF**, publicada no DJ de 29.09.2006, p. 31, revista após julgamento de Embargos de Declaração, cuja decisão foi publicada no DJ de 01.02.07, ficando assim redigida:

"ART. 3º, § 2º, CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - ART. 5º, XXXII DA CB/88 - ART. 170, V, DA CB/88 - AÇÃO DIRETA JULGADA IMPROCEDENTE.

1. As instituições financeiras estão, todas elas, alcançadas pela incidência das normas veiculadas pelo Código de Defesa do Consumidor.

2. "Consumidor", para os efeitos do Código de Defesa do Consumidor, é toda pessoa física ou jurídica que utiliza como destinatário final, atividade bancária, financeira, de crédito e securitária.

3. O preceito veiculado pelo art. 3º, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor deve ser interpretado em coerência com a Constituição."

(grifo nosso)

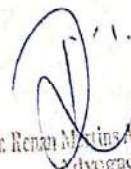
A propósito, vejamos as lições de **Nelson Nery Júnior**, in **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor** - Comentado pelos Autores do Anteprojeto. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001, p. 475, que sobre o tema, assim doutrinou:

"No sistema do CDC, portanto, o banco se inclui sempre no conceito de fornecedor (art. 3º, caput, CDC, como comerciante e prestador de serviços), e as atividades por ele desenvolvidas para com o público se subsumem aos conceitos de produto e de serviço, conforme o caso (art. 3º, §§ 1º e 2º, CDC)."

2.3. Da Responsabilidade

A reparação por danos materiais encontra fundamento no art. 5º, inciso V, da Constituição Federal de 1988, vejamos:

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: renan_adv@yahoo.com.br


Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 28.534



Martins Albuquerque

Advocacia

"Art. 5º.

(...)

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem."

O art. 6º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor prevê expressamente, como direito do consumidor, a efetiva reparação de danos morais, *ex vi*:

"Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:

(...)

VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;"

O art. 20, alínea "I", do Decreto-lei n.º 73/66, com redação dada pelo art. 2º da Lei n.º 6.194/74, determina a obrigatoriedade dos seguros referentes aos danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres e por embarcações, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, *vide*:

"Art 20. Sem prejuízo do disposto em leis especiais, são obrigatórios os seguros de:

(...)

I) danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres e por embarcações, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não;"

O art. 3º da Lei n.º 6.194/74, com redação dada pelo art. 8º da Lei n.º 11.482/07, por sua vez, previa a obrigação de reparar os danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres nos casos de morte, invalidez permanente e por despesas de assistência médica e suplementares, *vide*:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE

(88) 98808.8368 - 99402.4748

Email: renan_adv@yahoo.com.br

Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 25.534



Martins Albuquerque

Advocacia



A conjugação dos artigos citados, por sua vez, fixa os parâmetros da responsabilidade civil da demandada em face do demandante.

2.4. Do Valor da Indenização

O art. 3º da Lei n.º 6.194/74, com **redação dada pelo art. 8º da Lei n.º 11.482/07**, com **vigência ao tempo do acidente**, previa a obrigação de reparar os danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de invalidez permanente, vejamos:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e"

Portanto, requer a V. Exa. que se digne em considerar a situação fática do demandante (idade, escolaridade, profissão), a fim de aplicar o percentual de invalidez total.

Requer, ante o exposto, o pagamento da quantia de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), em razão da invalidez permanente devidamente demonstradas pelas provas médicas em anexo, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso.

3. DOS PEDIDOS

Ante ao exposto, **REQUER:**

a) A inversão do ônus probatório, nos termos do art. 6º, inciso VII, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor;

b) a citação, do réu seja efetuada pelo correio, nos termos

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE

(88) 98808.8368 - 99402.4748

Email: renan_adv@yahoo.com.br


Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 22.034



Martins Albuquerque

Advocacia



dos arts. 246, I; 247 e 248 do Código de Processo Civil, para responder no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, do Código de Processo Civil), sob pena de serem tidos por verdadeiros todos os fatos aqui alegados (art. 344 do Código de Processo Civil), devendo o respectivo mandado conter as finalidades da citação, as respectivas determinações e cominações, bem como a cópia do despacho do(a) MM. Juiz(a), comunicando, ainda, o prazo para resposta, o juízo, com o respectivo endereço;

c) a intimação do promovido para apresentar cópia do processo administrativo relacionado ao sinistro nº 3170224661 (invalidez);

d) a aplicação da teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora Requerida detém melhores condições de patrocinar esta, a fim de se apurar a verdade real e alcançando assim, a almejada justiça;

e) provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente, pericial, documental, testemunhal e depoimento pessoal do Promovente;

f) nos termos do art. 334, § 5º, do Código de Processo Civil, o autor desde já manifesta, pela natureza do litígio, desinteresse em autocomposição;

g) Ao final, sejam julgados procedentes os pedidos da presente demanda, para condenar a ré ao pagamento da diferença do SEGURO DPVAT no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;

h) A concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos do art. artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal, Lei nº 7.510/86, e arts. 98 e ss do Código de Processo Civil, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: renan_adv@yahoo.com.br

Dr. Renan Martins Albuquerque
Advogado
OAB/CE nº 23.574



Martins Albuquerque

Advocacia

i) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

Termos em que,

Pede DEFERIMENTO.

Groaíras-CE, 29 de novembro de 2017.

Renan Martins Albuquerque
RENAN MARTINS ALBUQUERQUE
OAB/CE 28.534

Rua José Ferreira do Nascimento, 1010 - Groaíras - CE
(88) 98808.8368 - 99402.4748
Email: renan_adv@yahoo.com.br



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DIEGO ASEVEDO FARIAS, nascido em 21/04/1987, brasileiro, casado, desempregado, portador da cédula de identidade 2000010271814 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 018.822.883-78, residente e domiciliado na Avenida São José, nº 870, Centro, Groaíras-CE, CEP 62.190-000.

OUTORGADO: RENAN MARTINS ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro, advogado de OAB/CE nº 28.534, portador da cédula de identidade nº 2004010416904, inscrito no CPF sob nº 043.291.343-22, com escritório profissional na Rua José Ferreira do Nascimento, nº 1.010, Bairro Chico Jerônimo, Groaíras-CE, CEP: 62.190-000.

PODERES: para o fim especial de representar o(s) outorgante(s) em juízo, em qualquer processo ou ação, em qualquer instância ou tribunal em que for(em) autor(res), réu(s), oponente(s), assistente(s) ou de qualquer forma participante(s) de procedimentos, quaisquer que sejam, podendo requerer as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula *ad judicium et extra*, mais os de desistir, transigir, acordar, receber quantias, dar e aceitar quitação, agravar, apelar, protestar e levantar protestos, penhorar e seqüestrar bens, promover arrestos, prestar cauções, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, optar, em procedimento de inventário pelo rito do arrolamento sumário, acompanhando-o em todas as fases processuais, renunciar heranças, fazer composições amigáveis e requerer perante entidades públicas, privadas ou associativas, enfim, requerer o que preciso for para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-lo, com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO POBREZA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que sou pobre na forma da lei e que não possuo condições financeiras de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de meu próprio sustento, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Groaíras-CE, 29 de novembro de 2017.


DIEGO ASEVEDO FARIAS
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS DERMATOLÓGICAS

Posse Direta

Diego Azevedo Farias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DE RM 2000010271814 DATA DE
EXERCÍCIO 04/07/2013

NOME
DIEGO ASEVEDO FARIAS

FILIAÇÃO
ANTONIO AIRTON FARIAS
MARTA ALBETISA ASEVEDO

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO
21/04/1987

DOC. ORGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1326 FOLHA: 20 LIVRO: 006
GROATIRAS - CE
CPF 018.822.883-78

2 VIA *Diego Azevedo Farias* P.: 179
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 29/09/83

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DIEGO ASEVEDO FARIAS
DATA DO ACIDENTE 10/11/2016 CPF DA VÍTIMA 018.822.883-78
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO DIEGO ASEVEDO FARIAS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (N) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É DIEGO ASEVEDO FARIAS
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. SÃO JOSÉ BAIRRO CENTRO
Nº 870 COMPLEMENTO - UF CE CEP 62.190-000
CIDADE GRATIAS TELEFONE (85) 98806-2368
E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

PARA BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER CONSULTADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CIL TODOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OI GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/04/17
IDENTIDADE 80000102778814
ASSINATURA Diego Asevedo Farias

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CO

DATA 03/04/17 MATR. CORREIOS 31300016
NOME Jose Cesar Pereira
ASSINATURA





ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
As: 12301671 - A: GROAIRAS

GROAIRAS - CE
CNPJ....: 34028316236654 Tel.:
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 229057658
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 03/04/2017 Hora.....: 15:22:54
Caixa.....: 80434326 Matrícula...: 81808283
Lancamento...: 021 Atendimento: 00006
Modalidade...: A Faturar ID Tiqueta...: 1284286792

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+

Valor do Porte(R\$)...: 21,75
CNPJ/CPF Remet.: 01882288378
Nome Remetente.: DIEGO ASEVEDO FARIAS
Endereço Remet.: AVENIDA SAO JOSE, 870 - CE
Cont. Endereço...: NTRD
Cap Remetente...: 62190-000
Cidade Remet....: GROAIRAS
UF Remet.....: CE

SEDEX DPVAT ESPELHO	1	41,96+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 41,96
Cap Destino: 20031-205 (RJ)
Peso real (KG).....: 0,100
Peso Tarifado.....: 0,100
OBJETO.....: SN0053980548R

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 63,71

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e
Reclamações: 08007250100-www.correios.com.br

VIA-CLIENTE

SARA 7.7.04

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta n°: 11559552

A/C: DIEGO ASEVEDO FARIAS

Sinistro: 3170224661 ASL-0150840/17
Vítima: DIEGO ASEVEDO FARIAS
Data Acidente: 10/11/2016
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: DIEGO ASEVEDO FARIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000702-1

Conta: 0000023202-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br		☐ Mudou-se ☐ Desconhecido ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado	☐ Endereço atualizado ☐ Não existe o nº indicado ☐ Faltando Data: _____	☐ Morador ☐ Sinto ☐ Porteiro Responsável pela informação: _____ Emissor:
--	--	---	---	---



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DIEGO ASEVEDO FARIAS
AV SÃO JOSE, 870
CENTRO
CEP 62190000 - GROAIRAS - CE



Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT, Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, foi por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Nao) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 3698 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/12/2016 08:34:57**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2016 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE AROEIRA DOS MACIEIS**
Complemento:
Bairro:
Município: **GROAIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEGO ASEVEDO FARIAS**
Nascimento: **21/04/1987** CPF:
RG: **2000010271814** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ALBETISA ASEVEDO**
ANTONIO AIRTON FARIAS
Endereço: **AVENIDA SÃO JOSÉ, 870**
Bairro: **CENTRO**
Município: **GROAIRAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

DE ORDEM DO DELEGADO PLANTONISTA FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, E QUE NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADA (10/11/2016 ÀS 12:00H), GUIAVA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN DE PLACA HVU-8723, CHASSI Nº 9C2JC250WWR132719, DE PROPRIEDADE DE EVANDRO MENDES MACIEL PELA LOCALIDADE DE AROEIRA DOS MACIEIS, NUMA ESTRADA VICINAL QUANDO VEIO A DESEQUILIBRAR (DERRAPANDO NUMA CURVA) E QUE VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA, TENDO FRATURADO O PÉ EM DOIS LUGARES DIFERENTES. INFORMA AINDA QUE DO ACIDENTE VEIO PARA A SANTA CASA DE SOBRAL NO MESMO DIA E QUE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS, ENTRE OS QUAIS O ENGESSAMENTO DO PÉ E QUE AINDA AGUARDA A RETIRADA DO MESMO. AFIRMA O DECLARANTE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO PARA GUIAR VEÍCULOS AUTOMOTORES (MOTOCICLETA), QUE A MOTOCICLETA QUE GUIAVA NÃO LHE PERTENCE E QUE PERTENCE A PESSOA PARA QUEM TRABALHA E QUE ELE TERIA AUTORIZADO A CONDUZIR A MOTOCICLETA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLEYTON GOMES DE PAULA - MAT.: 135495-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

RAFAEL MEDEIROS RODRIGUES - MAT.: 300552-1-7



HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova junto a Seguradora de DPVAT que, no dia 10/11/2016, por volta das 12:30 hrs, o Sr. DIEGO ASEVEDO FARIAS, nascido em 21/04/1987 (RG nº 2000010271814 SSP/CE; CPF nº 018.822.883-78), foi socorrido neste Hospital, vítima de um acidente de trânsito ocorrido na Estrada da Localidade de Aroeiras dos Macieis, zona rural, Groaíras-CE, apresentado fraturas lesões no pé esquerdo. Em seguida foi encaminhado para a Santa de Casa de Misericórdia de Sobral.

Groaíras-Ceará, 10 de novembro de 2016.

Edgleuma Maria Rodrigues Mesquita
EDGLEUMA MARIA RODRIGUES MESQUITA

DIRETORA DO HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES

PORTARIA Nº 475/14

CPF Nº 661.197.153-04

Rua Gerson Mendes, 1265, Chico Jerônimo, Groaíras, CE,
CEP 62.190-000 Fone/Fax: (88) 3647.1103



HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES
Rua Gerson Mendes Farias, 1.265 - Bairro Chico Jerônimo
Goiatras - Ceará - (88) 3647-1137



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Data: 10/11/16

Nome: Diego Aguedo Farias Idade: 29 a. Sexo: M ☒ F ☐

Endereço: Av. São Jerônimo Bairro: Centro

Prof.: Z.M.I. Tipo de Atendimento: Adulto ☒ Pediátrico ☐

Especialidade: Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Traumatológico ☐ Obstetrícia ☐ Ginecologia ☐ Outro: _____

Classificação de Risco: ☐

Hora da Classificação: 15:21

Queixa Principal: Vítima de acidente de moto, sem capacete, apresentando dor no pé (5) com restrição motora. Com dificuldade em deambular

PA: 1,90 x 90 mmHg Peso: — DX: — Temp.: —

Ass. Profissional - COREN

HDA do Médico: _____

① Vetterlin SM

Obs: Conferir e/ou original

Edglauma M. Rodrigues Mesquita
COREN: 83648
CPF: 661.197.453-04
Coordenadora de Enfermagem HMUG

Conduta: Escrever prescrição p/ SCS

Diagnóstico: _____

Assinatura do Paciente

Ass. Médico - CRM

Destino do Atendimento: Internado ☐ Alta ☐ Ambulatório ☐ Óbito ☐ Observação ☐ PSF ☐

Transferência ☐ (Justificar) _____ Outros: _____



PREFEITURA DE GROAÍRAS
SECRETARIA DE SAÚDE



1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HM JG

ADS: _____ Município: Groaíras

Nome: Diego Azevedo Farias Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 01/10/1987 Ocupação: _____

Endereço: Rua São José Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Pericula vítima de acidente de moto com trauma em pé E, com dor, edema e claudicação

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: Sintomático

Impressão Diagnóstica: fratura pé E

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Francisco Régis Paiva de Oliveira Função: _____ Data: 10, 11, 16 Hora: _____

CPE: 297 401 933-15

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Tratamento Traumatológico Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: _____

Resultado: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - N° Registro: _____ Função: _____ Data: _____

Santa Casa de M. de Sobral
CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

(*) Utilizar também como resumo de alta



TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Ufrase de Trauma Torácico Dto. apresentando
dor no tórax e ferida do tórax
a palmar - tórax do lado direito
Pq. Ferida de dor do 1º costela e
do pulmão superior

CONDUÇÃO: estabilização e transporte

DIAGNÓSTICO: Pneumonia do pulmão

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Santa Casa de N. de Sobral
SAME
CONFIRMADO ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Data: / /

Hora: _____

Desatente



88 218972



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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 23885

Etiqueta atendimento:

Aten: 447988 Dt. Atendimento: 10/11/2016 17:04
Reg.: 10/11/2016 Dt. Nasc: 21/04/1987
Nome: DIEGO ASEVEDO FARIAS
End.: AVENIDA DON JOSE 895
CENTRO; GRAMIRAS-CE; CEP: 62190000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, 29 ANOS, VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE, APRESENTA ALGIA NO PÉ "E".

Sinais Vitais do Paciente:

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

Eu, *Diego Asevedo Farias*, (X) Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____
_____, declaro que:

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

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

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

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Diego Asevedo Farias

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

http://10.10.10.4/sincasa/



228818972

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 23931

Etiqueta Atendimento:

Aten: 4673355 Dt. Atendimento: 11/11/2016 - 07:44
Reg.: 11/11/2016 Dt. Nasc: 21/04/1987
Nome: DIEGO AGEVEDO FARIAS
End.: AVENIDA DOM JOSE 870
CENTRO; GUAIRAS-CE; CEP: 62190000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Paciente, 29 anos, com história de queda de moto sem capacete, refere algia em tornozelo "E".

Sinais Vitais do Paciente:

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

Eu, X Diego Agevedo Farias, ☒ Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____
_____, declaro que:

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

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

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

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

X Diego Agevedo Farias
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

11/11/2016 08:57



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVANDRO MENDES MACIEL

RG nº 10635746-0, data de expedição 10/05/93,

Órgão IFP, portador do CPF nº 442936903-87, com

domicílio na cidade de RIO DE JANEIRO, no Estado de

RIO DE JANEIRO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

TRAVESSA LARES DE AZEVEDO, nº 58, BAIRRO

complemento MARIA DA GRAÇA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima DIEGO ASEVEDO FARIAS, cujo o condutor era

DIEGO ASEVEDO FARIAS.

Veículo: PAS / MOTOCICLETO

Modelo: HONDA / CG 125 TITAN

Ano: 1998

Placa: HVU 8723

Chassi: 9C2JC250WWR 132719

Data do Acidente: 10/11/2016

Local e Data: 19/10/17, RIO DE JANEIRO

Evandro Mendes Maciel
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS DO RJ 051124-5º OFÍCIO DE NOTAS DO RJ
Rua Real Graciosa, 193 - Lj 1 e 11 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ: 30.715.084/0001-30
Reconheço, por AUTENTICAÇÃO, a firma de
EVANDRO MENDES MACIEL
Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2017. Valor: R\$ 5,00 Lei: 10.406/02
Em testemunho da verdade. Fm: R\$ 0,50 Fun: 0,00
WILLIAM CARVALHO DA PAIXÃO Autorizado: 20662-167-RJ Total: R\$ 5,50
E-mail: 05555475 RVD Consulte em: <https://cnpj.rej.br/sitepublico>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DO INTERIO

DETRAN: CE Nº 4008248772 99

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 01 CDD. RENAVAM: 696489384 R.T.B.: 0000000000 EXERCÍCIO: 1999

NOME/ENDEREÇO:
EVANDRO MENDES MACIEL
FAZENDA ARDEIRAS DOS MACIE 00000
***** ZONA RURAL
62.190 GROAIRAS - CE

CPF/CGO: 44293690387 PLACA: HVL8723

PLACA ANT/UP: *****/CE CHASSI: 9C2JC250WWR132719

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/***** COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CE 125 TITAN ANO FAB: 1998 ANO MOD: 1998

CAP/MOTOC: 2P/125CV/124CC CILINDROS: 4 COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: ***** VENC. COTA ÚNICA: **/**/** VENC. COTAS: 1º COMPROV. 2º EM 3º ANEXO

FAXIA LPVA: ***** PARCELAMENTO/COTAS: *****

PREMIO LIQUIDO(R\$): ISOF: PREMIO TOTAL(R\$): DATA DE PAGAMENTO: COMPROVANTE EM ANEXO

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: GROAIRAS - CE DATA: 13/04/1999

MINISTÉRIO DA PAZ
Secretaria da Polícia Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EVANDRO MENDES MACIEL

Nº de Inscrição
442936903-87

Data de Nascimento
20/12/73

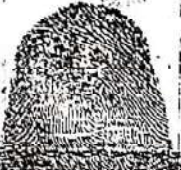


Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Evandro Mendes Maciel
EVANDRO MENDES MACIEL

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 06/12/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO FELIX PACHECO

Evandro Mendes Maciel
EVANDRO MENDES MACIEL

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
10635746-0

DATA DE EMISSÃO
10/05/93

NOME
EVANDRO MENDES MACIEL

NÚMERO
JOSE ALFIR MACIEL

DATA DE NASCIMENTO
20/12/1973

ESTADUALIDADE
MARIA SOCORRO MENDES MACIEL

CEARA

DOC. ORIGEM
G. NASC. LIV. A2 FLS. 05V

TERM. **391 0 6041RAS CE**

CPF
083

ASSINATURA
Evandro Mendes Maciel

0028-1V1A

LEI Nº 7.115 DE 20/04/73

PPAB-PPAE



EVANDRO MENDES MACIEL
TR SOARES DE AZEVEDO 58
MARIA GRACIA RIO DE JANEIRO - RJ
20785-510

VENCIMENTO
13/02/2017

Nº DO MEDIDOR
9040598

Cliente
Mais+

Vantagem especial em:
light.com.br/clientemais

01804 638 10 0511
0044 2002 010328

Se você ainda não possui sua conta da Light em Débito Automático, faça a adesão na sua agência bancária, na Agência Virtual (www.light.com.br) ou no Disque-Light (0800 242 0120) ou nas agências da Light e fique descomplicado.

BANDEIRAS TARIFÁRIAS: FIQUE ATENTO À NOVA REGRA

A partir de 1º de fevereiro de 2016, os valores das bandeiras amarela e vermelha terão reduções. E a bandeira vermelha terá duas modalidades: palmar 1 e 2.

Para mais informações, acesse www.aneel.gov.br

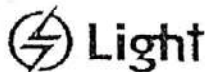
Assim, a nova composição dos valores (*) será

- Bandeira verde: a tarifa não sofre nenhum acréscimo, não há cobrança adicional
- Bandeira amarela: R\$ 1,50 a cada 100 kWh consumidos
- Bandeira vermelha palmar 1: R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos
- Bandeira vermelha palmar 2: R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos

(*) Valor líquido de impostos

Reservado ao fisco

0684.3088.1143.FBB5.C7D0.0C22.699F.803E
Nota Fiscal - Série D1 no. 622331
Conta de Energia Elétrica
RE PROC. E-04/053.353/09 - IFE 03
SEPD - Autorização n.º 23050006384-9



LIGHT SERVIÇOS DE ELETRICIDADE S.A.
AV. MAL. FLORENTINO TÁNDI DE ALVAREZ R. CEP 20010-002
CNPJ nº: 06.943.700/11-66
INSC. ESTADUAL RJ 002.233-1 INSC. MUN. CIAL 00794172

ENERGIA ATIVA

Medição Atual	Leitura	Medição Anterior	Leitura
05/01/2017	236	07/12/2016	17

Consumo kWh	Nº Dias
219	29

ENERGIA RELATIVA EXCEDENTE

Medição Atual	Medição Anterior	Consumo kWh
05/01/2017	11/01/2017	11/01/2017

EVANDRO MENDES MACIEL
TR SOARES DE AZEVEDO 58
20785-510 MARIA GRACIA / RIO DE JANEIRO - RJ
CPF. 442.936.903-87

Data de Emissão: 05/01/2017
Data de Apresentação: 11/01/2017

CÓDIGO DO CLIENTE: 30319334
CÓDIGO DA INSTALAÇÃO: 0411681362

DESCRIÇÃO
CONSUMO
CONTRIBUIÇÃO DE LUMIN PÚBLICA

CFOP	UNIDADE	QUANT.	PREÇO UNIT. R\$	VALOR R\$
5.256	KWH	219	0,62532	137,14
0000				10,27

Subtotal: Fatura (verbo) (veja abaixo)
Subtotal: Outros

137,14
10,27

Após o vencimento haverá multa de 2%, juros e atualização de IGP-M, calculados em conta posterior (Lei ANEEL nº 474 de 08/09/10 e Lei 10.763 de 13/11/2003)

Valor da Energia	Valor da Transmissão	Valor da Distribuição
52,29	2,59	26,79
Encargos Setoriais	Tributos	Total
22,72	32,36	137,14

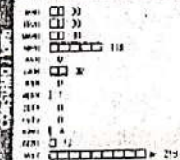
ICMS R\$	18%	Total da Nota Fiscal R\$
Base de Cálculo	137,14	137,14
Alíquota	18%	
Valor (já incluído no preço)	24,69	

PIS alíquota	0,990%	EDFINS alíquota	4,500%
R\$ 1,35		R\$ 6,29	

VENCIMENTO: 13/02/2017
TOTAL A PAGAR: 147,41

Atenção: A partir de 01/02/2017, a tarifa de distribuição será de R\$ 0,05 por kWh.

Tarifa em R\$/kWh	Bandeira
0,42103	Bandeira Verde
0,42103	Bandeira Amarela
0,66312	Bandeira Vermelha



II - A tarifa de energia elétrica da fatura é calculada sobre a quantidade de energia consumida, conforme a seguinte tabela:

VENCIMENTO: 13/02/2017
TOTAL A PAGAR: 147,41
CÓDIGO DO CLIENTE: 30319334
JAN/2017

Autenticação Mecânica



01804 638 10 0511



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE GROAIRAS
VARA UNICA DA COMARCA DE GROAIRAS**

Data - Hora
7/12/2017 -
11:40

Termo de Registro e Autuação



Nesta data, após recebidos, estes autos foram registrados e autuados por processamento eletrônico, na forma do demonstrativo abaixo discriminado.

Dados Gerais do Processo	
Protocolo Único	2983-82.2017.8.06.0082 / 0 PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
Nr.Volumes	1
Autuação	07/12/2017
Assunto(s)	SEGURO
Natureza	CÍVEL
Just.Gratuita	SIM
Segredo de Justiça	NÃO
Apresentação/Preparo	Pobre
Competência	VARA ÚNICA / 1A. VARA - INTERIOR

Partes
Nome
Requerente : DIEGO ASEVEDO FARIAS Rep. Jurídico : 28534 - CE RENAN MARTINS ALBUQUERQUE Requerido : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

GROAIRAS (COMARCA DE GROAIRAS), 7 de Dezembro de 2017

Responsável

CONCLUSÃO
Aos 13/12/2017, faço estes autos conclusos ao (à)
MM (a). Juiz (a) desta comarca.
Groafras - CE, 1/20

Diretor (a) de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO CEARÁ
Comarca Vinculada de Groaíras



PROCESSO: 2983-82.2018.8.06.0082/0
RITO COMUM ORDINÁRIO - CÍVEL
SEGURO DPVAT

DESPACHO

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Diante das especificidades da causa (discussão sobre seguro DPVAT) e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para um momento oportuno a análise da conveniência da realização de audiência de conciliação (art.139, VI, do CPC e Enunciado 35 ENFAM).

Cite-se e intime-se a parte requerida para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias. Oportunidade em que, querendo, apresentará quesitos.

Expedientes necessários.

Intimem-se.

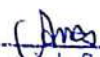
Groaíras/CE, 17 de janeiro de 2018.


GILVAN BRITO ALVES FILHO
Juiz de Direito Titular

RECEBIMENTO

Nesta data 17 / 01 / 2018
recebi de(o) Dr(a) Juiz(iza)

GILVAN
e presentes autos


Diretor de Secretaria

AUTOS VINDOS DE GROAÍRAS
(Fundamento: Nova Lei de Organização Judiciária)

RECEBIDOS NO PERÍODO de 24 a 28/09/2018,
(re)encaminhado à fase de impulsão do feito

F. MELO SOBRINHO – Supervisor de Secretaria

Handwritten signature

29
M

CERTIDÃO

Tendo em vista o teor do(a) despacho/decisão, coloco em pauta Audiência de Conciliação para o dia 22 de JULHO de 2019, às 8 h 15 min, e encaminho os autos para a elaboração dos atos intimatórios e/ou citatórios de praxe.

O referido é verdade. Dou fé.

Cariré, 25 de abril de 2019.

Supervisor de Secretaria:


Francisco das Chagas Mesquita
Auxiliar Judiciário
Matrícula: 671

CERTIDÃO DE INTIMAÇÃO PESSOAL (quando for o caso)

Tendo em vista o teor da certidão supra, INTIMEI na Secretaria do Juízo:

☐ MP	_____	___/___/___
☐ O autor	_____	___/___/___
☐ O advogado do autor	_____	___/___/___
☐ A parte ré	_____	___/___/___
☐ O advogado do réu	_____	___/___/___
☐ Outro:	_____	___/___/___

Rubrica e matrícula: _____

EXPEDIÇÃO DA INTIMAÇÃO/CITAÇÃO

Tendo em vista o teor da certidão supra, EXPEDI:

☐ Intimação ao advogado - DJe. Lote ___, enviado em ___/___/___	
☐ Mandado de Intimação ao autor	☐ Mandado de citação ao réu
☐ Carta de Intimação ao autor	☒ Carta de citação ao réu
☐ Outro:	_____

Rubrica e matrícula: _____

ENCAMINHAMENTO DA INTIMAÇÃO/CITAÇÃO

☐ Via Malote Digital ___/___/___	☐ Via Correios ___/___/___
☐ Via OJ ___/___/___	☐ Deusimar ☐ Ataliba

Rubrica do Oficial: _____ ___/___/___

Rubrica e matrícula: _____



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA VINCULADA DE GROAÍRAS

RUA PRINCESA ISABEL, 1520, CHICO JERÔNIMO
FONE/FAX (0XX88) 3647 1201, CEP 62.190 - 000, GROAÍRAS - CE

PEDIDO DE COBRANÇA
PROCESSO N.º 2983-82.2017.8.06.0082/0
PARTES adiante identificadas

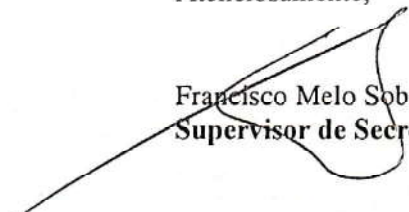
CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Por ordem do Dr. Gilvan Brito Alves Filho, MM. Juiz Titular desta
Comarca de Cariré e Groaíras, por nomeação legal, etc.

ENCAMINHO a documentação em anexo com o fim de CITÁ-LO(A)
de seu inteiro teor, oportunidade em que o(a) INTIMO para comparecer à audiência de
CONCILIAÇÃO designada para o **dia 27 de junho de 2019, às 08h:15min**, que se realizará
no Fórum de Groaíras, *advertindo de que o não comparecimento importará em presunção de
veracidade das alegações formuladas pelo(a) autor(a), proferindo-se, de plano, julgamento da
causa, tudo conforme o(a) despacho/decisão em anexo.*

NOTA.: Fica V.Sa. intimada de todo o conteúdo anexado.

Atenciosamente,


Francisco Melo Sobrinho
Supervisor de Secretaria

Selo nº 3.451.036
"Válido somente com o selo de autenticidade"

DPVAT – SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
Rua da Assembleia, N.º 100, 16º andar – Centro
CEP 20011 – 000 RIO DE JANEIRO – RJ