



0005636-90.2019.8.06.0113

Tomo no 0124/2019

Classe : Procedimento Comum
Assunto principal : Seguro
Competência : Cível Interior
Valor da ação : R\$ 7.087,50
Volume : 1
Requerente : **Paulo Alves Sucupira**
Advogada : Eurijane Augusto Ferreira (OAB: 16326/CE)
Advogada : Ligia Samara Albuquerque Pinto (OAB: 22902/CE)
Requerido : **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
Distribuição : Sorteio - 06/05/2019 09:56:49

Va
Vara Única

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARIÚS, ESTADO DO CEARÁ.

5636-90.2019



COMARCA DE JUCÁS
PROTOCOLO
Nº 2489 / 2019
Data de 13/03/2019
J. Carlos (J. Carlos)
J. Decil-en (J. Decil-en)
J. Viana (J. Viana)
J. Luiza (J. Luiza)

JUSTIÇA GRATUITA
PROCESSO COM PRIORIDADE DE TRAMITAÇÃO – PARTE PORTADORA
DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

PAULO ALVES SUCUPIRA, brasileira, solteiro, músico, portador da CNH número 05818596148, DETRAN-CE, inscrito no CPF sob o nº 037.607.253-92, residente e domiciliado na Rua João Vieira Barbosa, Nº 50, Caipú, Cariús – Ceará, CEP: 63530-000, por conduto de seus advogados, devidamente qualificados no instrumento procuratório anexo, com endereço profissional situado Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu – CE, CEP: 63502-105 e/ou Rua Edmar Villar de Queiroz, nº 187-A, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza-Ceará, CEP: 60.811-660, telefone (85) 3215-1116, e-mail albeaugadvogados@hotmail.com, aonde recebem notificações e expedientes do gênero, respeitosamente vem à presença de Vossa Excelência propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA** contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGRE DPVAT S.A.** pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, com domicílio profissional a Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, o que faz pelos fundamentos fáticos e jurídicos que adiante passa a aduzir.

A princípio, por não reunir condições financeiras suficientes para arcar com as despesas concernentes a este processo sem que tenha prejudicada a digna sobrevivência a parte suplicante declara-se pobre, nos termos da lei

1060/50, responsabilizando-se integralmente por tal afirmação, consoante lei 7115/83, e requer seja agraciada pelos benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, sendo-lhe assegurado legítimo acesso à Justiça.

DOS FATOS

No dia 13/08/2018, às 13:21 horas, o (a) suplicante seguia pelas proximidades da Vila Caipu, Cariús - CE, na motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, Cor vermelha, Ano 2009, modelo 2010, Chassi: 9C2JC4120AR024579, Placa NQZ-9218, quando em dado momento, ao tentar desviar de um animal (cachorro), que estava na via, perdeu o controle e veio a cair.

Em razão do grave acidente em que se vira envolvida, a pobre vítima sofreu lesões de natureza grave, que lhe deixaram sequelas irreversíveis, que modificaram em muito o modo de viver deste (a) postulante, limitando-o (a) completamente.

Por fazer jus à indenização por invalidez prevista na lei 6.194/74, o (a) promovente encaminhou às rés a documentação indispensável à regulação e liquidação do sinistro.

Para a surpresa do promovente, no dia 16/03/2019, este recebeu apenas a informação que não teria direito a nenhuma importância como pagamento da indenização por invalidez do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestre.

Ao final da instrução processual, a parte suplicante demonstrará indubitavelmente quenão recebeu nenhuma quantia administrativamente, o que não condiz com o grau de invalidez pela mesma apresentado, sendo medida que se impõe o julgamento procedente desta ação, para que as partes promovidas sejam condenadas ao pagamento da indenização devida ao (a) suplicante.

DO DIREITO

DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestre, conhecido popularmente como Seguro DPVAT, no modelo atual, foi criado pela lei 6.194/74, de 19 de dezembro de 1974.

Tal Seguro tem como finalidade garantir às vítimas de acidente de trânsito importância capaz de ressarcir o dano pessoal causado, levando em consideração o grau de invalidez pela vítima apresentado.

Ao tratar sobre o valor da indenização do Seguro DPVAT, a aludida lei 6.194/74 assim dispõe:

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

(...)

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

(...)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatómicas ou funcionais, observado o disposto abaixo."

No caso em tela, embora o (a) promovente tenha sofrido lesão permanente no (a) MEMBRO SUPERIOR DIREITO, em grau máximo, que, consoante tabela gradativa da lei 6.194/74, corresponderia a uma indenização no valor de R\$ 7.087,50, o (a) suplicante não recebeu administrativamente nenhuma quantia, havendo, portanto, saldo integral no valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), em favor do (a) demandante a ser recebido.

Escritório de Fortaleza

R. Edmar Villar de Queiroz, Nº 187-A, Edson
Queiroz, Fortaleza - CE, CEP: 60.811-660.
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com

Escritório de Iguatu

R. Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9,
Bairro Prado, Iguatu - CE, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com



Outros órgãos do Poder Judiciário já decidiram pela condenação das promovidas à complementação da indenização do Seguro DPVAT:

"LEGISLAÇÃO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL COMPLETA. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO SEGUNDO O GRAU DE GRAVIDADE DAS CONSEQUÊNCIAS. CRITÉRIOS. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. PEDIDO PROCEDENTE EM PARTE. 1. A Lei nº 6.194/74, com a redação atualmente vigente, dispõe que a invalidez permanente indenizável do seguro obrigatório DPVAT pode ser total ou parcial. Esta última, por sua vez, se subdivide em parcial completa e parcial incompleta. Sendo completa, é feito enquadramento segundo o percentual expressamente indicado na tabela anexa à lei, aplicado sobre o valor máximo de R\$ 13.500,00; sendo incompleta efetua-se a mesma correspondência da tabela, procedendo-se em seguida à redução proporcional nos termos indicados, ou seja, 75% para perdas de repercussão intensa, 50% para as perdas de média repercussão e 25% para as de leve repercussão, adotando-se 10% de acréscimo para o caso de seqüelas residuais. 2. Provado que o segurado foi vitimado por acidente automobilístico e que, em razão dele, experimentou lesão parcial completa, ou seja, que na espécie impõe indenização de 70% (setenta por cento) do capital máximo previsto na Lei nº 6.194/74. (TJ-MG - AC: 10525120038233001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 08/07/2015, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/07/2015)"

"LEGISLAÇÃO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL COMPLETA. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO SEGUNDO O GRAU DE GRAVIDADE DAS CONSEQUÊNCIAS. CRITÉRIOS. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. PEDIDO PROCEDENTE EM PARTE. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Lei nº 6.194/74, com a redação atualmente vigente, dispõe que a invalidez permanente indenizável do seguro obrigatório DPVAT pode ser total ou parcial. Esta última, por sua vez, se subdivide em parcial completa e parcial incompleta. Sendo completa, é feito enquadramento segundo o percentual expressamente indicado na tabela anexa à lei, aplicado sobre o valor máximo de R\$ 13.500,00; sendo incompleta efetua-se a mesma correspondência da tabela, procedendo-se em seguida à redução proporcional nos termos indicados, ou seja, 75% para perdas de repercussão intensa, 50% para as perdas de média repercussão e 25% para as de leve repercussão, adotando-se 10% de acréscimo para o caso de seqüelas residuais. EMENTA DO REVISOR. AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. INDENIZAÇÃO. QUANTIFICAÇÃO. Nos termos da Lei 6.194/74, a indenização por invalidez permanente deve ser quantificada de acordo com o grau das lesões permanentes apuradas, observada a tabela publicada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados, nos termos do art. 5º, § 5º, da referida lei. (TJ-MG - AC: 10338130019841001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de

Julgamento: 21/08/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL,
Data de Publicação: 01/09/2014)*



Assim, levando em consideração que nenhum valor de indenização foi repassado ao (a) parte suplicante, requer digno-se Vossa Excelência em julgar inteiramente procedente a presente ação, com a condenação das promovidas ao pagamento integral da indenização da lei 6194/74 devida ao (a) promovente.

DO PEDIDO

Por tudo o que foi exposto e por tudo o mais que há em Direito, reque o (a) suplicante:

- Pela concessão dos beneplácitos da assistência judiciária gratuita, assegurando o legítimo acesso à justiça à parte suplicante, independentemente do pagamento de despesas processuais;

- Sejam as promovidas citadas via postal para, na forma e sob as advertências legais, querendo, responderem à presente ação, sob pena de revelia;

- A ATRIBUIÇÃO DE PRIORIDADE DE TRAMITAÇÃO AO PRESENTE PROCESSO, POR TRATAR-SE DE PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA;

- Em respeito ao Artigo 319, inciso VII, a parte promovente manifesta o desinteresse pela realização de audiência conciliatória, a este momento, tendo em vista que não vislumbra a possibilidade de composição amigável entre as partes sem sua prévia submissão a perícia médica, e por, este (a) postulante residir em comarca que dista desta aonde tramita o feito.

Escritório de Fortaleza

R. Edmar Villar de Queiroz, Nº 187-A, Edson
Queiroz, Fortaleza - CE, CEP: 60.811-660.
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com

Escritório de Iguatu

R. Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9,
Bairro Prado, Iguatu - CE, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com

**- Por derradeiro pugna pela inclusão deste
processo em mutirão próprio para resolução de ações
que versem sobre seguro DPVAT;**

- Ao final do processo decisório, seja a presente
julgada inteiramente procedente, com a condenação das
promovidas ao pagamento da importância de **R\$ 7.087,50**
(sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos),
em favor da parte suplicante, referente à indenização por
invalidez do seguro DPVAT devida à mesma, quantia esta
a ser CORRIGIDA MONETARIAMENTE E ACRESCIDA
DE JUROS MORATÓRIOS DESDE O EVENTO
DANOSO;

- A condenação das promovidas ao pagamento de
custa processuais e honorários advocatícios, ex vi legis.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos e
tidos como lícitos, em especial, pela produção de prova pericial sobre o (a)
autor (a), apresentando desde já o rol de quesitos:

- As sequelas apresentadas pelo (a) autor (a) são
compatíveis com as decorrentes de acidente de trânsito?

- As sequelas apresentadas pelo (a) promovente
são de caráter irreversível?

- Que membro/função/órgão do autor apresentam
limitação em decorrência do acidente descrito na Inicial?

- Qual o grau de invalidez apresentado pelo (a)
demandante?

- A limitação pode ser nominada como leve,
moderada ou grave?

**REQUER QUE QUALQUER NOTIFICAÇÃO REFERENTE AO
PRESENTE SEJA REALIZADA EXCLUSIVAMENTE EM NOME DA BELA.
EURIJANE AUGUTO FERREIRA, OAB-CE 16.326, SOB PENA DE
NULIDADE.**



Escritório de Fortaleza

R. Edmar Vilar de Queiroz, Nº 187-A, Edson
Queiroz, Fortaleza - CE, CEP: 60.811-660.
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albuquerqueaugustoadvogados@gmail.com

Escritório de Iguatu

R. Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9,
Bairro Prado, Iguatu - CE, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albuquerqueaugustoadvogados@gmail.com

Dá-se à causa o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

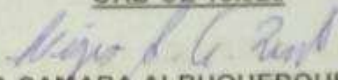
Nestes termos,

Pede deferimento.

Cariús-CE, 26 de Abril de 2019.

EURIJANE AUGUSTO FERREIRA

OAB-CE 16.326


LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO

OAB-CE 22.902

DIEGO VICTO LOBO SILVEIRA

OAB-CE 25.815

JOÃO RICARDO PINHO

OAB-CE 33.315



Escritório Fortaleza

R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: PAULO ALVES SUCUPIRA, brasileira, solteiro, músico, portador da CNH número 05818596148 DETRAN/CE, inscrito no CPF sob nº 037.607.253-92, residente e domiciliado à Rua João Vieira Barbosa, nº 50, Caipú; Cariús/CE, CEP: 63530-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Edmar Vilar de Queiroz, nº 187-A, Edson Queiroz, CEP: 60.811-660; Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 07 de março de 2019.

Paulo Alves Sucupira

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavaicante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, N° 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO ALVES SUCUPIRA**, brasileira, solteiro, músico, portador da CNH número 05818596148 DETRAN/CE, inscrito no CPF sob nº 037.607.253-92, residente e domiciliado à Rua João Vieira Barbosa, nº 50, Caipú; Cariús/CE, CEP: 63530-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 07 de março de 2018.

Paulo Alves Sucupira

16/03/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **037.607.253-92**

Nome: **PAULO ALVES SUCUPIRA**

Data de Nascimento: **21/06/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/08/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:46:30** do dia **16/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FBDB.9D38.AB65.4180**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

12
10/08/2018

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

0376072532

PAULO ALVES SUCUPIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

PAULO ALVES SUCUPIRA

CPF: 0376072532

Profissão:

MÚSICO

Endereço:

RUA JOÃO VIEIRA BARBOSA

Número:

2060

Complemento:

Bairro:

PARIPU

Cidade:

PARIPU

Estado:

PE

CEP:

63530-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(88) 9 9808-1707

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0613

CONTA:

19051

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: PARIPU/PE, 20-11-2018

Nome: PAULO ALVES SUCUPIRA

CPF: 0376072532

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS



Impresso nº 2018211242

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 489 - 1100 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/11/2018 08:43:13**Data / Hora da Ocorrência: **13/08/2018 13:21:00**Endereço da Ocorrência: **VILA CAIPU**

Complemento:

Bairro:

Município: **CARIUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **PAULO ALVES SUCUPIRA**Nascimento: **21/06/1989** CPF: **037.607.253-92**OUTROS: **063731**Orgão Emissor: **MT**

UF:

Filiação: **MARIA ALVES SUCUPIRA****JOSE SUCUPIRA SOBRINHO**Endereço: **RUA JOÃO VIEIRA BARBOSA, 50**Bairro: **VILA CAIPU**Município: **CARIUS/CE**CEP: **63.530-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Compareceu a esta Delegacia de polícia o noticiante e, cientificado das penalidades do crime de falso testemunho, disse que: no local e data acima mencionados, conduzia uma motocicleta modelo HONDA/CG 125 FAN, PLACA NQZ-9218, CHASSI 9C2JC4120AR024579, licenciada em nome de JOSE IVAN FELIX DA SILVA quando, repentinamente, foi desviar de um cachorro, fazendo com que o declarante perdesse o controle da motocicleta e viesse a cair no chão. Que foi ao Hospital Regional de Iguatu, onde foi feito os primeiros procedimentos. Que do acidente sofreu as seguintes lesões: "fratura no braço direito e demais escoriações pelo corpo", conforme relatado. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ROBSON DOS SANTOS E SILVA - MAT.: 300632-1-X****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Paulo Alves Sucupira**VISTO DO DELEGADO(A) :****THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116**

41



Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 027851	Atendimento 0014	Nome do Paciente PAULO ALVES SUCUPIRA	CNS 705006021291455	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006029192064			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1989		Local IGUATU/CE	Idade 29 Ano(s)	
Pai JOSE SUCUPIRA SOBRINHO		Mãe MARIA ALVES SUCUPIRA		
Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU
Profissão	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 35142059
Responsável PAULO ALVES SUCUPIRA		CPF do Responsável	Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B	Município IGUATU
			UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 13/08/2018	Hora 13:21	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA		CRM/UF 14577/CE		Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente		Funcionário AURICELIA NUNES DE SOUZA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Contusão no tornozelo @ Hospital 15.
seus doentes e acidente de trânsito (sic)
c/ dor e hematoma, cai ADL e cor.

sem TC
1 medicação
Analgésico

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Paulo Alves Sucupira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO ALVES SUCUPIRA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____
Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª via - Orientação ao Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Uso oral

ALGICOD (500mg/30mg.....) comprimidos CXS

Tomar 01 comprimidos a cada ____ / ____ horas.

Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Carimbo ou Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____
Data: ____ / ____ / ____

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 027881	Atendimento 0016	Nome do Paciente PAULO ALVES SUCUPIRA	CNS 705006021291455	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006029182064			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1989	Local IGUATU/CE	Idade 29 Ano(s)		
Pai JOSE SUCUPIRA SOBRINHO		Mãe MARIA ALVES SUCUPIRA		
Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B	Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge		
Responsável PAULO ALVES SUCUPIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B	Município IGUATU	UF

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/08/2018	Hora 15:20	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA		CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário AURICELIA NUNES DE SOUZA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

fx de no dia prox. cl. leve do dia
cd: / melhora com
Análise de
Acomp. Anb

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO ALVES SUCUPIRA



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Paulo Afonso Magalhães

Fisioterapia

HD: - Fx. a beço do no dia

15 sessões

RECEITUÁRIO
INSTITUÇÃO DE SAÚDE
CRM 44577

IGUATU, 4 DE 3 20 18

Santo Espirito



Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

www.saocamiloiiguatu.org.br

ADMINISTRAÇÃO  SAO CAMILO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Paulo Henrique Siqueira

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

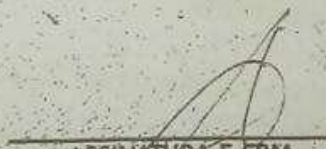
() Ser dispensado no dia de hoje.

(x) Permanecer afastado do trabalho (60) sexta
dias a partir de ____

Observações: _____

CID: 592.
4225

IGUATU 25 de 9 20 18



ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira



**HOSPITAL MUNICIPAL
DR. THADEU DE PAULA BRITO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIÚS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Medicação

Declaro p/ os devidos fins que PAULO ALVES
SUCUPIRA, esteve em tratamento fisioterá-
pico nesta Unidade de Saúde devido a
sequela de Fratura no cotovelo D, apre-
sentando bloqueio articular p/ os últimos
graus de flexão de cotovelo D e prene-
supinação. Realizou 15 (quinze) sessões
de fisioterapia do dia 12/10/18 a 14/11/18.

Atenciosamente,

Dra. Adilsona Araújo da Costa

Fisioterapeuta

CREFITO: 17970-F

MÉDICO/CRM

DATA: 14/11/18

Rua Manoel Roque Bezerra, S/n - Bairro Esplanada - CEP: 63530000 - Carriús / Telefone(88) 3514-1205





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS JUSTIÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAMIÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
PAULO ALVES SUCUPIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2006029192084 SSP CE

CPF
037.607.253-92

DATA NASCIMENTO
21/06/1989

FUNÇÃO
JOSE SUCUPIRA SOBRINHO
MARIA ALVES SUCUPIRA

PERMISSÃO
ACC CAJINA

Nº REGISTRO
05618596148

VALIDADE
12/03/2023

1ª MANUSCRITO
02/07/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Paulo Alves Sucupira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
02/04/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

00061207016
CE164127194

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633532964

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633532964



8466553

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CDF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 547500447

Rota 20 12041 11 019000 - 4 Data de Emissão 29/10/2018

Nome **PAULO ALVES SUCUPIRA**

End. Postal RU JOAO VIEIRA BARBOSA 02060
CAIPI - CARIUS - 63530000

Medidor 10878120 Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 037607253-92 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Out/2018	29/10/2018	28/11/2018	Conjuntivo	ICMUTJ	
ICMS			Mês	Set. 2018	Out. 2018
Base de Cálculo (R\$)			Padrão Individual		
Aliquota			Apuração Individual		
Valor do Imposto			Mensal	Trim.	Anual
150%			DIC	5,31	16,62
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,23	6,47
F500.2008.61F9.67FF.07F9.E3E4.0E27.C7C0			DMIC	3,83	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
21140	21021	1,00	119	0,00	30	0,14004	5,46		
					70	0,34029	23,86		
					15	0,51134	9,72		
29/10/18	28/09/18		31 dias	119			39,54		
VALOR (R\$)							39,54		
VALOR CONSUMO DO MES							0,83		
MULTA MORATORIA REF 09/2018							9,74		
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							2,21		
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA									
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,78)									

VENCIMENTO

06/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

52,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,92
Transmissão	2,15
Distribuição	11,35
Encargos Setoriais	3,04
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	5,32
TOTAL	41,75

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

118	119	128	128	110	108	116	117	116	104	122	134	114
Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Marc	Abr	Mai	Jun

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (1400)
46,46	0,00	5%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415532698
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 172651859 0000000000 2018

NOME
JOSE IVAN FELIX DA SILVA

CARIUS /CE

CPF / CNPJ PLACA
03962568301 HQZ9218/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2JC4120AR024579

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES 2009 2010

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 03/10/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CARIUS 18/10/2018

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAL. SAC. DE PCT. VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CAUSA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014415532698 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03962568301 HQZ9218/

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014415532698 1413074714

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 18/10/20

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 03962568301 HQZ9218

RENAVAM MARCA / MODELO
172651859 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI
2009 PART 9C2JC4120AR024579

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 03/10/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

MOTOR: JC41E2A024579 078





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ivan Felix da Silva RG nº 96024028864, data de expedição 11/12/2003, Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 039.625.683-01, com domicílio na cidade de Coruiú, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) João Vieira Barbosa nº 04 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paulo Alves Sulpina, cujo condutor era Paulo Alves Sulpina

Veículo: Moto

Ano: 2009/2010

Modelo: Honda/CG 125 FAS ES

Placa: NAZ 9218/CE

Chassi: 9C2JC4120ABD24512

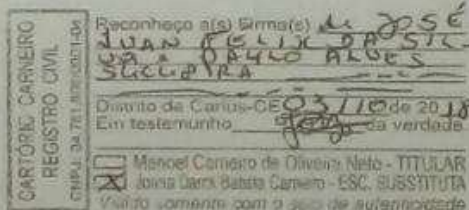
Data do acidente: 13/08/2018

Local e Data: CE 060 entre Cairu (Coruiú+CE) e São Costano (Vargem Alegre CE) dia 13/08/2018

José Ivan Felix da Silva
Assinatura do Declarante

Paulo Alves Sulpina

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



16/03/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3180560245 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO ALVES SUCUPIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO PAULO ALVES SUCUPIRA

CPF/CNPJ: 03760725392

Posição em 16-03-2019 10:57:04

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Jucás

Vara Única da Comarca de Jucás

Rua José Facundo Leite, S/N, Centro - CEP 63580-000, Fone: (88) 3517-1109, Jucás-CE - E-mail: jucas@tjce.jus.br



DESPACHO

Processo nº: 0005636-90.2019.8.06.0113
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Seguro
Requerente: Paulo Alves Sucupira
Requerido: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

1. Defiro a gratuidade judiciária (CPC, art. 99, § 3º).
2. Cite-se a parte ré para comparecer em audiência de conciliação a ser designada por esta secretaria (art. 334 do CPC).

No mandado de citação ainda deverá ficar consignado que, caso não haja acordo, o promovido terá o prazo de 15 dias para contestar a demanda, a contar da data da audiência. (art. 335, I do CPC).

Expedientes necessários.

Jucás, 24 de maio de 2019.


RAIMUNDO RAMONILSON CARNEIRO BEZERRA
Juiz de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Jucás

Vara Única da Comarca de Jucás

Juiz(a) de Direito: Yanne Maria Bezerra de Alencar

Rua José Facundo Leite, S/N, Centro - CEP 63580-000, Fone: (88) 3517-1109, Jucás-CE - E-mail: jucas@tjce.jus.brJucás

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: 0005636-90.2019.8.06.0113
Classe - Assunto: Procedimento Comum - Seguro
Requerente: Paulo Alves Sucupira
Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Prezado(a) Senhor(a) **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A,**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) MM Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Jucás da comarca de Jucás/CE, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todos os termos da presente ação, ficando ciente de que poderá oferecer contestação, por petição, no **prazo de 15 (quinze) dias**, sob pena de ser considerado(a) revel, presumindo-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora.

Jucás/CE, 28 de maio de 2019.


Maria Helionilda Lucas Bezerra
Supervisora de Unidade Judiciária-Mat 207

Sr(a).
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR - RIO DE JANEIRO, 74, CENTRO
Rio De Janeiro-RJ
CEP 20031-205

