

**EXM(A) SR(A). JUÍZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA-CE.**

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SALDO REMANESCENTE DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE**

**Fundamentação:** ART. 3º inciso II da lei 6.194/74.

<b>AUTOR</b>	<b>MARIA BEZERRA DOS SANTOS</b>
<b>CPF</b>	<b>042.221.864-22</b>
<b>PROFISSÃO:</b>	<b>AUTÔNOMA</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>SOLTEIRA</b>
<b>RG:</b>	<b>98029097224 SSP-CE</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>SITIO MACAUBA ZONAL RURAL</b>
<b>BAIRRO:</b>	<b>ZONAL RURAL DE BARBALHA</b>
<b>CIDADE:</b>	<b>BARBALHA -CE</b>

<b>REQUERIDO:</b>	<b>SEGURADORA LIDER (CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT)</b>
<b>CNPJ</b>	<b>09.248.608/0001-04</b>
<b>ENDEREÇO</b>	<b>RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 5º ANDAR, BAIRRO CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ.</b>

pelos fatos, motivos e fundamentos a seguir articulados:

**PRELIMINARMNETE**

Requer os benefícios da justiça gratuita, vez que a autora é pobre na forma da lei, juntando para tanto comprovante de residência na modalidade baixa renda, conforme documento em anexo.

**DOS FATOS**

No dia 12/06/2018, o autor sofreu acidente automobilístico enquanto trafegava em sua motocicleta,. Em consequência o autor caiu no asfalto, ocasionando grave graves traumas que resultaram em **TRAUMATISMO NO NARIZ, VINDO A REALIZAR DIVERSOS TRATAMENTOS, BEM COMO SOFREU ESCORIAÇÕES NO CORPO**, tudo conforme documentos anexos.

Passado o período de internação, o autor requereu, no dia 16/11/2018, indenização do seguro obrigatório DPVAT por **INVALIDEZ PERMANENTE**, pleiteando não recebendo nenhum valor de indenização.

Ocorre Exceléncia que o valor de indenização por invalidez permanente é de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, como pleiteado inicialmente pelo autor e conforme cópias em anexo, devendo a requerida pagar a quantia devida devidamente atualizada.

Diante dos vários tipos de lesões, foi constatado que não se poderia pagar a todos indiscriminadamente, em vista dessa impossibilidade, a parte requerida criou uma tabela, na qual foram desconsiderados os valores de cada lesão.

O autor requer a quantia de R\$ 6.500,00 (sete mil e quinhentos reais).

<b>DEMONSTRATIVO DA DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT</b>	
Valor de indenização-----	R\$ 6.500,00
Valor recebido-----	R\$ 0,00
Diferença do Valor-----	R\$ 6.500,00
Valor atualizado + juros de mora-----	R\$ 6.800,00
Honorários advocatícios-----	R\$ 2.040,00
<b>Valor Total -----</b>	<b>R\$ 8.840,00</b>

## DO DIREITO

Criado pela Lei nº 6.194/74, tem como objetivo garantir às vítimas de acidentes de trânsito indenizações em caso de morte, invalidez permanente e despesas médicas, segundo dispositivo transcreto:

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: (...)

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

E a jurisprudência se manifesta na seguinte direção

SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT-AÇÃO DE COBRANÇA-LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGALQUE É PROVA DE INCAPACIDADE PERMANENTE-VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS-FIXAÇÃO LEGAL-LEI Nº6.194/74-QUE NÃO É REVIGADA POR RESOLUÇÃO-CORREÇÃO MONETÁRIA PARTIR DA DATA DO EVENTO-

**RECURSO IMPROVIDO-** O laudo pericial feito pelo instituto médico legal é meio de prova para incapacidade permanente do acidentado para fins de recebimento do seguro obrigatório conforme lei 6.194/74. As leis 6.205/75 e 6.423/77 não vieram não vieram a revogar a lei 6.194/74, que define em salários mínimos o valor da indenização devida em razão decorrente de acidente automobilístico (DPVAT). Resoluções do Conselho Nacional de seguros Privados (CNSP) não podem contrariar ou limitar o valor da indenização fixado por lei. O valor da indenização relativa a seguro obrigatório deve ser corrigido monetariamente a partir da data do sinistro. (TJMS-AC 2005011333-8/0000-00 Campo Grande-1<sup>a</sup> T. cível-Rel. Des. Jorge Eustácio da Silva da Silva- P. 06/12/2005.

Destaca-se que a lei não faz distinção quanto ao grau de incapacidade, basta ser configurada, de modo efetivo, a invalidez permanente, ainda que parcial, para que o segurado faça jus ao seguro obrigatório, conforme art. 20 da Lei nº 6.194/74 e alterações posteriores.

A presente ação está requerendo os valores com base na tabela oficial do seguro DPVAT.

## **DO PEDIDO**

- a) A citação da ré para contestar a ação, sob pena da revelia;
- b) Designação de audiência conciliatória;
- c) A procedência da ação para condenar a ré ao pagamento da diferença devida, além dos encargos decorrentes da sucumbência;
- d) Os benefícios da justiça gratuita;

Protesta por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento da Reclamada, seus representantes legais ou na de quem suas vezes o fizer e tiver capacidade e autorização legal para receber a notificação em espécie, perícia, sindicância, juntada de novos documentos, inspeção judicial e tudo que se fizer necessário para elidir prova em contrário, inclusive juntada posterior do rol de testemunhas.

Para efeitos de alçada da o valor da causa em R\$ 8.840,00 (Oito mil Oitocentos e Quarenta reais).

Nestes termos, P. Deferimento.  
Juazeiro do Norte-CE, 12/04/2019.

Milton Correia de Almeida  
Advogado  
OAB-CE: 22660

Marcondes Yuri de Sousa Damasceno  
OAB-CE 24.600




**MILTON ALMEIDA**  
 ADVOCACIA

• Rua São Francisco, 47A - Centro - Juazeiro do Norte - CE  
 • Rua Fc<sup>o</sup> Roberto Vericchio, 12 - Santa Antônio - Barbalha - CE

CELEP 9 8827.6144 / 9 9927.1849  
 miltonalmeidaadv@hotmail.com

### PROCURAÇÃO

#### OUTORGANTE:

NOME: Maria Bezerra dos Santos Oliveira

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1980 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CPF: 042 221.864-22 RG: 980290 97224 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ENDERECO: SITIO MACAUBA, ZONA AURAL DE BANDEIRAS

BAIRRO: Zona Aural CIDADE/ESTADO: Bandeirantes - CE

OUTORGADO: Dr. MILTON CORREIA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660, com escritório profissional localizado na Rua São Francisco, nº.: 47A, CEP.: 63.031-010, Centro, Juazeiro do Norte-CE.

PODERES: O(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

#### DECLARAÇÃO DE POBREZA:

O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 12 de APRIL de 2014.

Maria Bezerra dos Santos Oliveira



RECEBIDO EM:  
16 / 11 / 18

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

CPF da Vítima

042221864-22

Data do Acidente

12/06/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO NORTE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

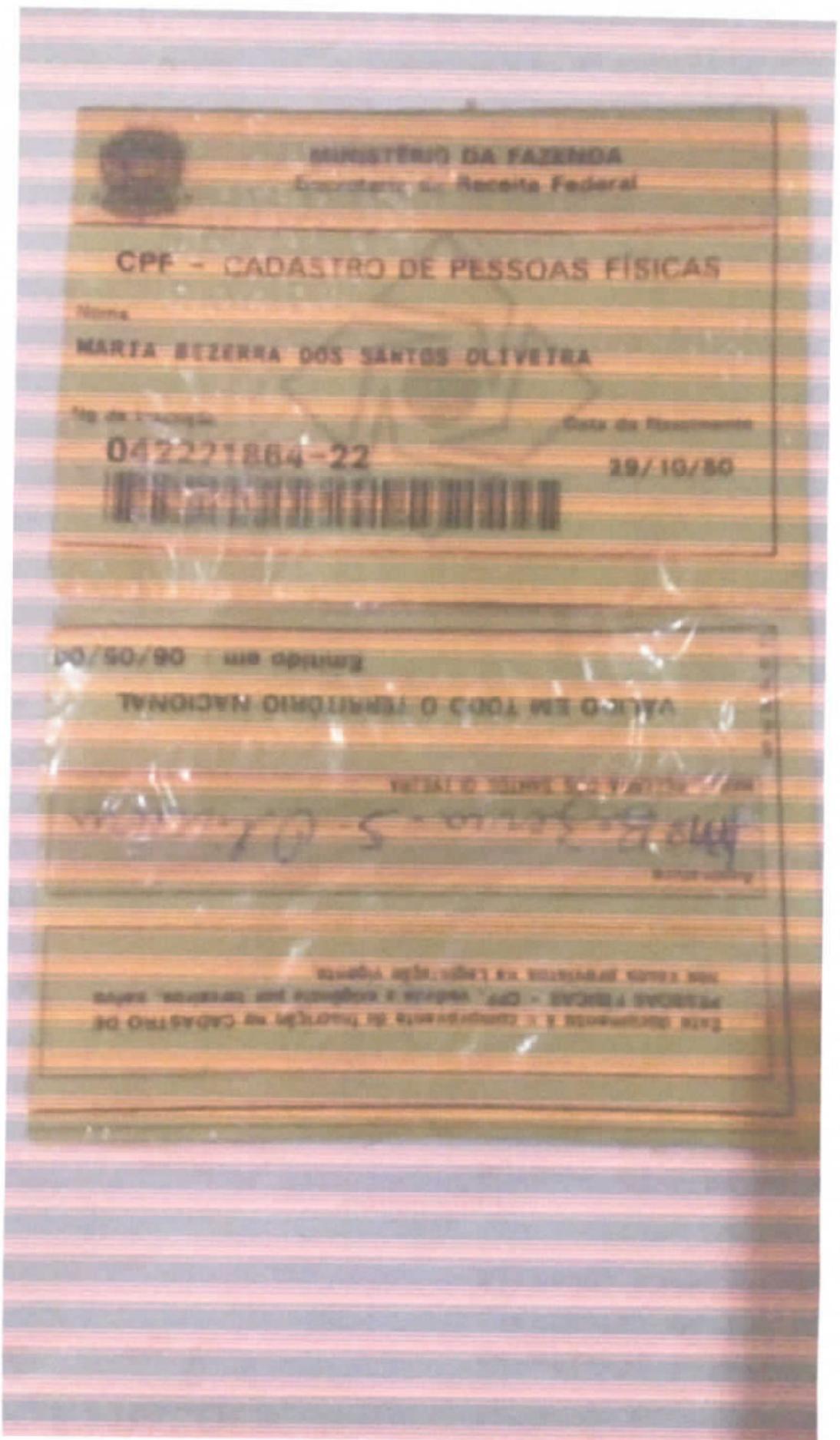
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16/11/18



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 16:38 , sob o número 0005545162019800043. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005545-16.2019.8.06.0043 e código 46EA06D.







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



Impresso nº 201812546

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 2238 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **19/09/2018 14:34:51**  
 Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 16:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **SITIO TABULEIRO**  
 Complemento:  
 Bairro: **BARBALHA/CE**  
 Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA VILA ARAJARA**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**  
 Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**

RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**  
**JOAO LUIZ DOS SANTOS**

Endereço: **SITIO MACAUBA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 98126-9546**

Nome: **ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA**

Nascimento: **24/11/1998** CPF: **074.670.723-17**

RG: **2008723235-3** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**  
**JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**

Endereço: **SITIO MACAÚBA DE CIMA , 3269**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **63.180-000**

Telefone: **(88) 98133-3308**

*Noticiante(s)*

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**

Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**

RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**  
**JOAO LUIZ DOS SANTOS**

Endereço: **SITIO MACAUBA**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 98126-9546**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **PNF1619** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

**9C2KD0810GR474793** Renavam: **1101916009** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**



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



Impresso nº 201812546

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 2238 / 2018

*Histórico*

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ERA CONDUTORA DO VEÍCULO PN 1619; QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOM E DE SEU ESPOSO JOAQUIM ANTÔNIO DE OLIVEIRA PESSOA; QUE NÃO INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA; QUE BOSSUI CNH; QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA SUA FILHA ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA, RESIDENTE COM A NOTICIANTE; QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA VELOCIDADE PERMITIDA QUANDO A CÂMARA DE AR DO PNEU DIANTEIRO DE SEU VEÍCULO ESTOUROU E NO MEIO DE UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE POR ISSO ACABARAM ENTRANDO NUM MATAGAL VINDO A CAIR EM UM BURCAO; QUE NO MOMENTO QUEBROU O PÉ, MAS CONSEGUIU LEVANTAR E GRITAR POR SOCORR; QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL AS SOCORRERAM PARA O HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO EM BARBALHA-CE, COM UM FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE SUA FILHA FOI SOCORRIDA E LAVADA PARA O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE BARBALHA-CE, COM FRATURA NO NARIZ E ESCORIAÇÕES PELOS CORPO; QUE FORAM APRESENTADAS NA DELEGACIA FICHA DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES, BEM COMO DEMAIS DOCUMENTOS AUTENTICADOS; QUE TESTEMUNHAM O FATO MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA PESSOA, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA DE CIMA , N° 3265, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE E LARISSA PESSOA ALENCAR, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA, 3269, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Maria Bezerra das Santos Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

X Angela Maria Bezerra Oliveira



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº doc. \_\_\_\_\_



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº doc. \_\_\_\_\_

A paciente fui  
enquadrada no  
dispositivo curvo  
para reduzir os  
deslizes nos ossos  
menos curvos.  
19 de julho no  
corrode osso.

Serviço de  
Traumatologia  
e Reabilitação  
Centro de  
Saúde do Ceará  
valor R\$ 4.987,00

Recebido  
24/07/2018  
Dr. (a) \_\_\_\_\_

Dr. Jorge Lobo G. Alencar  
MIRURGIA MAXILAR  
CRO: 1548

Voltando à consulta traga esta receita

Dr. (a) \_\_\_\_\_  
Voltando à consulta traga esta receita

50.474

50.474





**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
**Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3322440

Paciente.....: 46038 - MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Solicitante....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 834010

Idade.....: 37a 7m 28d

Atendido....: 12/06/2018

Laudo.....: 12/06/2018

**PÉ DIREITO**

- Fratura no terço distal no 3º metatarso do pé direito.



**2862256**

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
é concedida pelo Decreto nº 10.426  
de 29 de outubro de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pará, nº 10.700  
CEP 60726-540 | Fortaleza/CE  
CNPJ: 00.047.221/0001-72 | CGF: 10-19-00-03

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | NR. 533333687**

Rate 31 13011 02 259400 - 5 Data de Emissão 16/07/2018

Nome JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA  
End. Postal ST MACAÚBA DE CIMA 03269  
DISTRITO ARAJARA - BARBALHA - CE 63180000  
Medidor 12360755 Poste 0000 0000  
Classif 01-RESIDENCIAL 18-RES. RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA  
RG / CPF / CNPJ 249125548-04 CGF

Nome do Responsável:

DATAS			INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês da Referência	Data da Abertura da Conta	Próximo Leitura	Via e Repartição para este cliente como:	Consumo	Padrão Individual	Ajustado Individual		
Jul/2018	16/08/2018	16/08/2018	Consumo	100,00	100,00	100,00		
			Métrica	100,00	100,00	100,00		

ICMS			ICMS						
Base de Cálculo (R\$)	Ajustada	Valor do Imposto	Padrão Individual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
100,00	100,00	10,00	DMC	10,00	30,00	120,00	10,00	30,00	120,00
			FIC	10,00	30,00	120,00	10,00	30,00	120,00
			DMIC	10,00	30,00	120,00	10,00	30,00	120,00

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Tarif. Atual	Lett. Anterior	Cortel.	Consumo kWh	Corre. Inf.	Corre. Fat.	Tarifa descontada	Valor (R\$)
100,00	100,00	100,00	35	1,00	0,00	100,00	35,00
100,00	100,00	100,00	35	1,00	0,00	100,00	35,00
100,00	100,00	100,00	35	1,00	0,00	100,00	35,00

**VALOR (R\$)**

DESCRIPÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	52,79
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-25,29
HULTA MORATORIA REF 04/2018	0,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,47
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-29,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 2,62 )	

**VENCIMENTO** 23/08/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Item	Valor (R\$)
Consumo kWh	37,09
Impostos (ICMS)	8,00
Total	45,09

**HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)**

Mês	Consumo (kWh)
06/2018	95
07/2018	96
08/2018	86
09/2018	94
10/2018	78
11/2018	93
12/2018	124
01/2019	90
02/2019	119
03/2019	119
04/2019	142
05/2019	109
06/2019	109
07/2019	87
08/2019	86
09/2019	84

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Condição Ecológica (%)

37,09 0,00 100%

**NOTA DE CORRIGIDA DA COMPAGNIE VERTE**  
- SEU NÚMERO DE CLÍVENE SERÁ DIGITADO VERIFICADOR.  
- OBRIGA-SE A CONSULTAR A LISTA DE CONSULTA DE NÚMEROS DE CLÍVENE.  
- SE ALGUMA DUDA, LIGAR A COMPAGNIE VERTE, MINISTÉRIO DE JUSTIÇA, TEL: 0800-7436-81

**RECEBIDO EM:**  
36/11/18

SISTEMA DE GESTÃO DA COMPAGNIE VERTE  
Versão: 2018-07-10 10:42:45  
CNPJ: 00.047.221/0001-72 | CNPJ: 10.19-00-03 | Fone: 0800-7436-81  
Endereço: Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Fortaleza - CE - CEP: 60726-540 | Fone: 0800-7436-81  
E-mail: suporte@compagnieverte.com.br | Site: www.compagnieverte.com.br



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

042221864-22

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARIA BEZERRA DOS SANTOS</b>	CPF titular da conta <b>042221864-22</b>	Profissão <b>AUTONOMO</b>
Endereço <b>RUA-ST MACAUBA DE CIMA</b>	Número <b>3269</b>	Complemento
Bairro <b>DISTRITO ARAJARA</b>	Cidade <b>BARBALHA</b>	Estado <b>CEARA</b>
Email <b>luizcajuiuna@gmail.com</b>	CEP <b>63180-000</b>	Telefone (DDD) <b>(88)9 8857-0463</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº:

1957

D/V

CONTA  
Nº:

8745

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº:

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*J. SO NORTE, 13 de NOVEMBRO de 2018*

Local e Data

maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joaquim Antônio de Oliveira Pessas,  
 RG nº 2008895111, data de expedição 22/08/2014  
 Órgão SSPCE, portador do CPF nº 249125548-04, com  
 domicílio na cidade de Bonfá LHA, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Macauha, nº —,  
 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 Maria Bezerra dos Santos Oliveira cujo o condutor era  
Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Veículo: Honda/NXR160 Bros

Modelo: 160 ES DD

Ano: 2016

Placa: PNF1619 CE

Chassi: 9C2KDO810GR1241793

Data do Acidente: 12-06-2018

Local e Data: IBANBALHA-CE 18/09/2018

Joaquim Antônio de Oliveira Pessas

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou não-fadern)

Maria Bezerra dos Santos Oliveira

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

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:

16/11/18







# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail:  
barbalha.2@tjce.jus.br

## DECISÃO

Processo nº: **0005545-16.2019.8.06.0043**

Classe: **Arrolamento Comum**

Assunto: **Seguro**

Arrolante: **Maria Bezerra dos Santos**

Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Rh.

I - Defiro a gratuidade da justiça (**art. 98, CPC**), **sem prejuízo da responsabilidade pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência (NCPC, art. 98, § 2º), bem como sem afastar o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas (NCPC, art. 98, § 4º);**

II – CITE-SE o Réu (**art. 247, CPC**), para responder aos termos da presente ação **no prazo de 15 dias, ADVERTINDO-O** de que **se não** ofertar contestação, no aludido prazo, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (**NCPC, art. 344**);

III – Empós, apresentada ou não a contestação, certifique-se e voltem-me conclusos os autos.

**Cópia desta decisão tem força de mandado judicial e intimação/carta de citação, o que dispensa a expedição de mandado ou outras diligências.**

Expedientes necessários.

Barbalha/CE, 29 de maio de 2019.

**Marcelino Emidio Maciel Filho**  
**Juiz de Direito**

Assinado por Certificação Digital<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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.



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail:  
barbalha.2@tjce.jus.brBarbalha

## CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: **0005545-16.2019.8.06.0043**  
 Classe: **Arrolamento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Arrolante: **Maria Bezerra dos Santos**  
 Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Marcelino Emidio Maciel Filho**, Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Barbalha, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, os quais poderão ser consultados no sistema processual e- SAJ, por meio de senha de acesso aos autos digitais (segue anexo), sendo como parte integrante desta carta, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo legal (Lei 13.105/2015 - CPC), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s), ficando ciente de que o mencionado prazo começará a fluir da juntada aos autos do aviso de recebimento.

Barbalha/CE, 30 de maio de 2019.

**Diego Santos Silva  
Supervisor de Unid. Judiciária**

Assinado Por Certificação Digital<sup>1</sup>

Sr(a). Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
 Rua da Assembléia, 100, 18<sup>a</sup> andar, Centro  
 Rio De Janeiro-RJ  
 CEP 20011-940

<sup>1</sup> 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.

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



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail:  
barbalha.2@tjce.jus.br

## CERTIDÃO

Processo nº: **0005545-16.2019.8.06.0043**

Classe – Assunto: **Arrolamento Comum - Seguro**

Arrolante: **Maria Bezerra dos Santos**

Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**CERTIFICO**, face às prerrogativas por lei conferidas, que carta de citação de página 22, foi entregue aos correios. O referido é verdade. Dou fé.

**Barbalha/CE, 31 de maio de 2019.**

**Maria Jucilene Luciano Quesado Beserra**  
**À Disposição**

Assinado por certificação digital<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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.



🌐 [www.miltonalmeidaadv.com.br](http://www.miltonalmeidaadv.com.br)

📍 Rua: Raimundo Machado da Silva nº40, Sala nº110, 1º andar, Unique Condominium, Triângulo Juazeiro do Norte - CE

✉️ [miltonalmeidaadv@hotmail.com](mailto:miltonalmeidaadv@hotmail.com)

📞 (88) 9 9927.1849

EXMO(A). SR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA  
DE BARBALHA-CE

**A PARTE AUTORA**, devidamente qualificado no processo em epígrafe, vêm perante Vossa Excelência, com o devido acato e respeito de estilo, requerer a **habilitação** do advogado Milton Correia de Almeida, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/CE 22.660), nos termos do art. 287 do CPC, conforme procuração anexa, onde recebe notificações e intimações, nos termos do art. 77, inciso V do CPC, em respeito ao disposto no art. 104 do CPC.

Diante do exposto, requer habilitação do advogado acima descrito nos autos em epígrafe, procedendo-se as devidas anotações de estilo.

Nestes termos, pede deferimento.

Juazeiro do Norte-CE, 2019.

MILTON CORREIA DE ALMEIDA  
Advogado  
OAB- CE 22660