

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.

AUTOR	APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE
CPF	623.720.513-69
PROFISSÃO:	AUTÔNOMA
ESTADO CIVIL:	CASADA
RG:	20181681425 SSP-CE
ENDEREÇO:	RUA P19, Nº 140
BAIRRO:	MALVINAS
CIDADE:	BARBALHA -CE

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

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 10/06/2018, A autora sofreu acidente automobilístico enquanto trafegava em uma motocicleta. Em consequência ocasionou graves traumas que resultaram em **TRAUMATISMO NA CABEÇA E NO JOELHO ESQUERDO VINDO A REALIZAR VÁRIOS TRATAMENTOS PARA**

Passado o período de internação, o autor requereu, no dia 06/08/2018, indenização do seguro obrigatório DPVAT por **INVALIDEZ PERMANENTE**, não recebendo nenhum valor, fato que atenta diretamente com os direitos da requerente.

Ocorre Excelência que o valor de indenização por invalidez permanente é de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, como pleiteado inicialmente pela autora 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 discriminados os valores de cada lesão.

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

Assim, requer indenização de R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais)

DEMONSTRATIVO DA DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT	
Valor de indenização-----	R\$ 5.000,00
Valor recebido-----	R\$ 0,00
Diferença do Valor-----	R\$ 5.000,00
Valor atualizado + juros de mora-----	R\$ 5.500,00
Honorários advocatícios-----	R\$ 1.650,00

Valor Total -----R\$ 7.150,00

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 transcrito:

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-1ª 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.

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\$ 7.150,00 (Cinco Mil cento e cinquenta reais).

Nestes termos, P. Deferimento.
Juazeiro do Norte-CE, 08/05/2019.

Milton Correia de Almeida
Advogado
OAB-CE: 22660

Marcondes Yuri de Sousa Damasceno
OAB-CE 24.600

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE
DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1900 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
CPF: 627.120.111-69 RG: 20189681425 PROFISSÃO: ESTUDANTE
ENDEREÇO: RUA P 19, Nº 840
BAIRRO: ALCANTARA CIDADE/ESTADO: BARBALHA - CE

OUTORGADOS: Dr. **MILTON CORREIA DE ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660 e Dr. **DR. MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO**, brasileiro, solteiro, advogado OAB-CE 24.600, ambos com escritório profissional localizado na Rua Raimundo Machado da Silva, N° 40, sala n° 110, 1° andar, CEP.: 63041187, Triângulo, Juazeiro do Norte - CE.

PODERES: O(a) outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium 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 benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 07 de MAIO de 20 19.

Aparecida da Conceição Alexandre



PREFEITURA DE
Barbalha
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Princesa Isabel, 187 - Centro - Barbalha/CE
Fone: (88) 3532-2055

RECEITUÁRIO

Apresente a carteira

Residente no bairro de
Sociedade de São João, com
fratura do osso da
cabeça da mão esquerda

Dr. Fco. Danning Figueiredo Lucena

MÉDICO
CRM-CE: 13227/05-1720480
1720480

03 DEZ. 2018

Em

VOLTANDO A CONSULTA TRÁZER ESTA RECEITA
NÃO DÊ HOSPEDAGEM AO MOSQUITO DA DENGUE
FAÇA SUA PARTE. DENGUE MATA.



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1846 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/08/2018 11:50:52**
Data / Hora da Ocorrência: **10/06/2018 14:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SANTO EXPEDITO**
Complemento:
Bairro: **MALVINAS** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE**
Nascimento: **09/05/2000** CPF: **623.720.513-69**
RG: **20181681425** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**
JOSE SÁVIO ALEXANDRE
Endereço: **RUA P-19, 140**
Bairro: **MALVINAS** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9415-1828**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI0078** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2KC2200GR009379 Renavam: **1067792195** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO JOSE ALEXANDRE** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a noticiante, advertida nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito no dia 10/06/2018, por volta das 14h20min, na Avenida Santo Expedito, Malvinas, no município de Barbalha; Que estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO 2015/2016, DE COR PRETA, DE PLACA PNI-0078, RENAVAM 1067792195, EM NOME DE ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE, tendo como piloto a pessoa de Antonio Pinto dos Santos, na via pública quando o mesmo foi desviar do buraco e a noticiante se desequilibrou e caiu da moto quebrando o dedo da mão esquerda, machucou o joelho esquerdo e bateu a cabeça, em razão disso, desmaiou e, poucos minutos depois, acordou sendo levada para o Hospital São Vicente de Paula não sendo levada para outro local; Que a pessoa de Clara de Sousa dos Santos, residente na Rua P-23, 166, Santa Terezinha II, nesta urbe, viu o acidente e a pessoa de Paulinna dos Santos Pereira, residente na Rua P-16, 136, Santa Terezinha II, nesta urbe, não viu o acidente, mais viu quando a noticiante foi levada para o Hospital; Que não foi preciso acionar os órgãos de trânsito e nem a ambulância, pois a noticiante foi pela irmã Lurdes Francisca Alexandre para o hospital; Que está fazendo o presente Boletim de Ocorrência para fins de requerer seguro DPVAT; que foi expedido guia de exame de corpo de delito; que a pessoa que vai requer o seguro DPVAT através da noticiante é Ivanildo e nada mais disse. *X Aparecida da Conceição Alexandre*

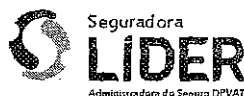
**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1846 / 2018****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X. Aparecida da conceição Alexandre**VISTO DO DELEGADO(A) :****JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8**



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

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

CPF da Vítima

623.720.513-69

Data do Acidente

10/06/2018

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.

Dedaro 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.

Juazeiro do Norte 05 outubro 2018

Local e Data

Aparecida da Conceição Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2003,Órgão _____, portador do CPF nº 066.210.093-05, comdomicílio na cidade de BARBALHA, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA P. 19 BAIRRO MALVINAS, nº 140,

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 Aparelho de condução Alexandre cujo o condutor eraAntônio Pinto dos Santos.Veículo: MOTOModelo: HONDA/CG 160 FAN GSDIAno: 2016Placa: PN10078Chassi: 9C2KC2200GR009379Data do Acidente: 11/06/2018Local e Data: NA PUCVINA SANTO EXPEDITO ENTRE P. 22-23. NAS MALVINASAntônio José Alexandre

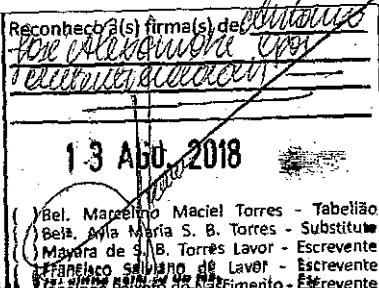
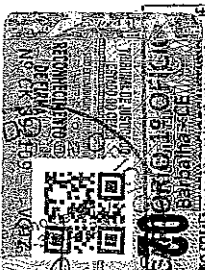
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antônio Pinto dos Santos

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

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERINIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:DBAMV
SVELOSO

Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Paciente: 102182

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 09/05/2000

Idade: 18 Anos / 1 Mês / 1 Dia

Endereço: RUA P DEZESSEIS

Bairro: MALVINAS

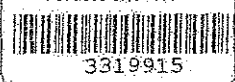
CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone: 36320521

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Atendimento



3319915

Número: 104

Dados do Atendimento

Data: 10/06/2018

Hora: 15:02:23

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço: CLINICA GERAL

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim (X) Não A que?

Hora médica: _____

Tipos fúncie de amido
Para queda de peso e mudo de
30 ms. não mais

Hipótese Diagnóstica:

Alcoolismo

Cód. COD 10:

□ □ □ □ □ □

(1) Trans

Procedimento

☐ Imagem:☐ Laboratório:☐ Outros:

Condução
D. Coletar 1. em 10
B. Signos 1. em 10
15:56
PBRW 15:56

Assinatura do Paciente ou Responsável

JOAO EDIVALDO DE SOUZA (HMSVP)
CRM: H9544

RECEBIDO EM:

16/11/18

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

Atendimento: 3319915

Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Solicitante.....: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA(HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 833443

Idade.....: 18a 1m 10d

Atendido.....: 10/06/2018

Laudo.....: 10/06/2018

JOELHO ESQUERDO

- Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.
- Estrutura óssea conservada.
- Partes moles sem alterações.

Dr. Fábio Damasceno
10/06/2018

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 BIOMÉTRICAS

PROIBIDO REPRODUZIR

ASSINATURA DO TITULAR

Polgar Direito

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
623.720.513-69

Nome
APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Nascimento
09/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018168142 - 5 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 04/07/2018

NOME
APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

FILIAÇÃO
JOSE SÁVIO ALEXANDRE

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
BARBALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO
09/05/2000

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 32824 FOLHA: 163

LIVRO: A-72 BARBALHA - CE

CPF 623.720.513-69

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

RECEBIDO EM:



**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

623.720.513-69

Nome completo da vítima

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE		62372051369		AUTONOMA
Endereço		Número	Complemento	
RUA P-19 SANTA TEREZINHA II		140		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
SANTA TEREZINHA	BARBALHA	CEARA	83180000	
Email			Telefone (DDD)	
luizcajuna@gmail.com			(88)988570463	

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

☒ RECUSO INFORMAR. ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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 NRO. 1957 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 53273 D/V 6
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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.

Juazeiro do Norte, 13/NOVEMBRO, 2018

Local e Data

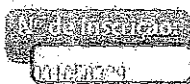
7 Aparecida da Conceição Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



13/11/2018



DADOS DO CLIENTE

Nome: APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

End. Ladeira Rm P. 19. 140. PFL. VIVAS

Cidade: JARAGUÁ

CEP: 47100-000

Cidade: Jaraguá

CEP:

Local: 032 Setor: 001 Quadra: 01-10 Lote: R971 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R15F203327	253	273	20	7

DATAS

Leitura Atual: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactérias Col.
Engel	0.10	0.15	0.05	0.15	0.15
Ampliado	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Em conformidade	0.10	0.15	0.15	0.15	0.15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

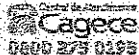
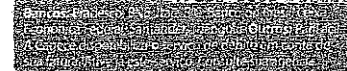
Constatamos debito de R\$ 45,78. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	67,75	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
ÁGUA DE 2º	0,90	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,28	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

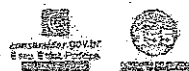
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,68	VALOR DO SERVIÇO	78,68
COFINS	3,28	VALOR DO SUBSIDIO	9,68
		VALOR TOTAL A PAGAR	80,03

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2018	05/11/2018	80,03

CNPJ: 06.908.000/0001-91 35678605-798899 L: 0418 H: 08:30:04 R: 074 P: 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800-285-1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800-275-3838. O endereço eletrônico é: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800-275-3153, nas lojas de atendimento de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 3101-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



DADOS DO CLIENTE 35678605-798899 0418

RECEBIDO EM

16.11.18

Documento assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/05/2019 às 18:24, sob o número 00056509020198060043. Para verificar o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00056509-90.2019.8.06.0043 e código 4836BDC.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.3@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0005650-90.2019.8.06.0043**
 Classe: **Arrolamento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Arrolante: **Aparecida da Conceição Alexandre**
 Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R. H.

Recebo a inicial.

Processe-se com isenção de custas.

Cite-se a Seguradora Promovida para apresentar resposta à pretensão autoral no prazo de 15 dias, sob pena de revelia e presunção de veracidade dos fatos articulados na inicial.

Deixo de designar audiência de conciliação de logo, haja vista a impossibilidade de êxito na autocomposição das Partes antes de realizada a perícia médica.

Barbalha, 10 de maio de 2019.

Antonio Vandemberg Francelino Freitas
Juiz de Direito

Assinado por Certificação Digital¹

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

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

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

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

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

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.3@tjce.jus.brBarbalha

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: **0005650-90.2019.8.06.0043**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Arrolamento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Arrolante: **Aparecida da Conceição Alexandre**
 Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
 Senha do processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada**

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

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) Dr(a). Antonio Vandemberg Francelino Freitas, Juiz(a) de Direito da 3º Vara da Comarca de Barbalha, tem como finalidade a CITAÇÃO de V.Sa. de todo o conteúdo da petição inicial e documentos, os quais poderão ser consultados no sistema processual e-SAJ por meio de senha de acesso aos autos digitais (conforme cabeçalho), sendo 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, 17 de maio de 2019.

Sarah Maria da Silva Gonçalves
Técnico Judiciário

Assinado Por Certificação Digital¹

Sr(a).
 Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
 Rua da Assembleia, 100, 17º ANDAR, CENTRO
 Rio De Janeiro-RJ
 CEP 20011-904

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

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

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

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.3@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0005650-90.2019.8.06.0043**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe – Assunto: **Arrolamento Comum - Seguro**
 Arrolante: **Aparecida da Conceição Alexandre**
 Arrolado: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICO, para os devidos fins, que analisei o ato retro e procedo a expedição de carta de citação determinada às fls. retro.

Barbalha/CE, 17 de maio de 2019.

Sarah Maria da Silva Gonçalves

Servidor SEJUD

Assinado por certificação digital¹

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

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

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

a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;

Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na

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