



Número: **3000432-46.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **20/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDVAL FERREIRA LIMA (AUTOR)	LUCIANA GONCALVES SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13483 057	20/03/2019 19:41	Petição Inicial	Petição Inicial
13483 082	20/03/2019 19:41	peticao inicial	Petição
13483 087	20/03/2019 19:41	1-PROCURAÇÃO+DECLARAÇÃO DE POBREZA	Procuração
13483 116	20/03/2019 19:41	2-DOCUMENTOS PESSOAIS+ B.O	Documento de Identificação
13483 119	20/03/2019 19:41	3-COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Documento de Identificação
13483 122	20/03/2019 19:41	4-CARTA DE INDENIZAÇÃO DPVAT	Documento de Comprovação
13483 191	20/03/2019 19:41	DOCS COMPROBATORIOS1	Documento de Comprovação
13483 196	20/03/2019 19:41	DOCS COMPROBATORIO 2	Documento de Comprovação
13483 243	20/03/2019 19:41	Intimação	Intimação
16184 043	13/06/2019 09:35	Intimação	Intimação

PETIÇÃO INICIAL

**AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO
ESPECIAL DA COMARCA DE SOBRAL-CE.**

JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE, CEP: 62.100-000 vem, por intermédio de sua procuradora infra-assinada, com escritório profissional á Rua Padre José Beviláqua/Praça Bezerril Fontenele s/nº Centro, Viçosa do Ceará, Ceará, CEP 62.300-000, vem, respeitosamente propor.

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORALÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito, privado, inscrita no CNPJ sob o número 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº74,5°,6°,9°,14° e 15° andares, Centro, Rio de Janeiro – RJ,CEP: 20031-205, pelas questões de fato e direito apresentadas a seguir.

PRELIMINARMENTE- DA ASSISTÊNCIA JUDICÍARIA GRATUITA

Tendo em vista que o Autor não possui condições financeiras de arcar com as custas e demais despesas processuais, sem que isso lhe acarrete prejuízo financeiro, para tanto com amparo na Lei 1060/50, pede lhe seja concedida Assistência Judiciária Gratuita.

DOS FATOS E DOS DIREITOS

O reclamante foi vítima de acidente automobilístico na data de 30 de Outubro de 2017, conforme boletim de ocorrência anexo da polícia Civil.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como: **FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRACO**, conforme cópia de prontuário em anexo e parecer de perícia médica, resultando redução funcional, conforme prontuário médico acostado a exordial.

Ora Excelência, a requerida somente pagou a quantia de R\$ 4.725,00(quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), valor este incompatível com a invalidez causado pelo acidente automobilístico, posto que após o sinistro o mesmo não possui uma vida normal.

Acontece que a parte autora recebeu administrativamente o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), conforme demonstrativo de pagamento da seguradora líder em anexo datado em 26/07/2018, pagamento efetuado na Agência: 000000554, Conta: 0000021350-1, Tipo: CONTA CORRENTE.

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

Outrossim, o art. 5º da lei nº 6.194/74 determina que o pagamento da indenização deve ocorrer mediante simples prova do acidente e do dano corrido, o que não ocorreu, já que o autor teve seu direito legalmente garantido negado.

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

O site da seguradora ré define invalidez da seguinte maneira:

Considera-se invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução indenizada pelo seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável ao fim do tratamento médico (alta definitiva). A invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

O próprio nome do seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da lei nº 6.194/74, alterada pela lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), a autora faz jus à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso no valor estabelecido conforme o Art. 3º, inciso II e III, in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total 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

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

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação, sendo mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis a sua pretensão, têm a requerente direito á indenização. Dessa forma, a autora busca junto aos braços do Poder judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades do Autor, tendo em vista os inúmeros ferimentos, sendo eles **FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRACO**, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço, uma vez que permanece debilitado.

Destarte, não há falar em aplicação de limitadores no valor da indenização, estabelecidos mediante graduação de invalidade permanente, arbitrados em normas de hierarquia inferior, pois não á dado á resolução restringir benefício se a lei ordinária regulamentada não o fez. Atende-se. Com tal atendimento, a interpretação história da norma legal, valorando o verdadeiro e original espírito da lei, segundo almejado na “mens legislatoris”, bem assim a hermenêutica sistemática do dispositivo legal em análise, adequando-o aos princípios da constituição Federal.

Tendo em vista todo o exposto, bem como os laudos médicos periciais colacionados exordial, entende-se que o valor arbitrado para o DPVAT merecido pela autora não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado as presentes sequelas em caráter permanente em que a requerente se encontra.

No caso em tela, a parte autora recebeu pequeno percentual ao qual lhe é devido, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Portanto é jurídica e perfeitamente possível e pretensão deduzida, que diz respeito á cobrança da indenização assegurada pelo referido seguro, diante do implemento do risco contratado, quanto aís em se tratando de responsabilidade objetiva a que esta sujeita a empresa seguradora

DOS PEDIDOS

Face ao exposto, requer a parte autora

- a) A concessão dos benefícios da **assistência judiciária gratuita**, nos termos da Lei 1.060/50, visto que a requerente não possui condições financeiras para arcar com as custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme faz prova declaração de pobreza anexa;
- b) A citação da reclamada para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia;
- c) A condenação da requerida ao pagamento da devido do seguro DPVAT a parte Autora, no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do pagamento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação.
- d) A condenação da requerida em custos e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.
- e) A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente, a prova testemunhal, prova documental e perícia médica.
- f) Ao final a **TOTAL PROCEDÊNCIA** da presente demanda, para o pagamento da diferença do seguro devido ao Autor.

Dá-se á causa o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais).

Nestes termos

Pede e aguarda deferimento.

Sobral/CE, 20 de março de 2019.

Luciana Gonçalves Silva

OAB/CE 27.103

PROCURAÇÃO

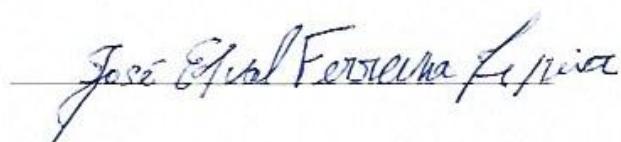
OUTORGANTE: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE.

OUTORGADA: LUCIANA GONÇALVES SILVA, brasileira, solteira, maior, advogada, CPF: 877.388.723-49 inscrita na OAB/CE de nº 27.103, com escritório Jurídico localizado na Rua Padre José/Praça Bezerril Fontenele s/nº, centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP: 62300-000.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judicia et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento desde mandato, especialmente para: **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA DE SEGUROS DPVAT**, inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho desde mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre a qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Viçosa do Ceará/CE, 03 de Julho de 2018.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JOSE EDVAL FERREIRA LIMA**, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

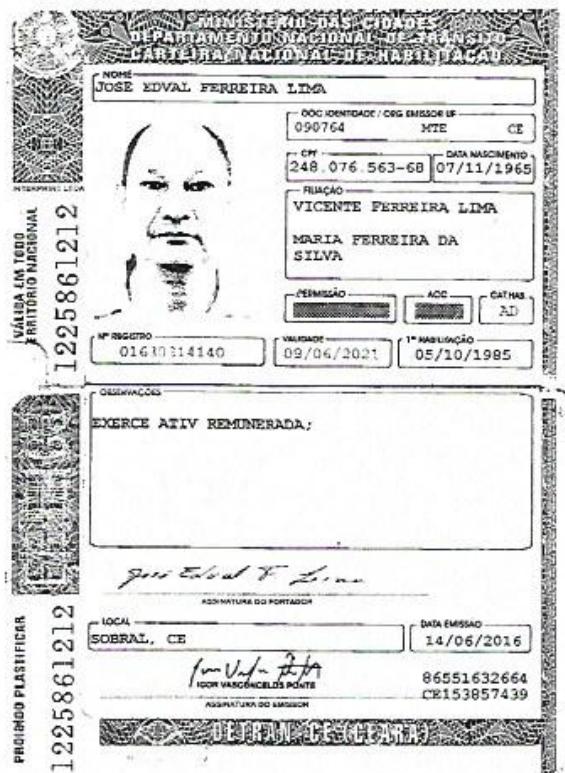
Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará-CE, 06 de Novembro de 2018.



JOSE EDVAL FERREIRA LIMA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 581 - 1012 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/04/2018 09:24:54**
Data / Hora da Ocorrência: **03/10/2017 22:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TABELIÃO IDELFONSO CAVALCANTE**
Complemento: **CRUZ. R. DES. MOREIRA DA ROCHA**
Bairro: **CENTRO** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A IGREJA CATOLICA**

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ EDVAL FERREIRA LIMA**
Nascimento: **07/11/1965** CPF: **248.076.563-68**
CNH: **01630314140** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF:
Filiação: **MARIA FERREIRA DA SILVA**
VICENTE FERREIRA LIMA
Endereço: **RUA FRANCISCO ANASTÁCIO CAVALCANTE, 966 CASA 05**
Bairro: **PADRE IBIAPINA** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9701-0928**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMA3323** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2JC7000GR111846 Renavam: **1086301967** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **THAIS ALBUQUERQUE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante devidamente qualificado informa que: no dia, hora e local acima descrito estava conduzindo a moto de placa PMA3323/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um carro brecou no sinal e que o noticiante bateu na traseira desse veículo e caiu; Que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral; Que o noticiante fraturou o braço esquerdo e outras escoriações pelo corpo; Que não fez cirurgia e nem fisioterapia. E, nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Signature]*
ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *José Edval Ferreira Lima*

VISTO DO DELEGADO(A) : *[Signature]*
ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Edval Ferreira Lins, brasileiro(a),
estado civil Viúvo, profissão MOTERISTA, CI RG nº
722634-84, CPF/MF nº 248076563-68, residente e domiciliado(a)
à Rua Col. Frederico Carneiro, 1332, Cidade de
Sobral, Estado Ceará, CEP:
62030020, telefone (88) 99605-0011 (88) 99477-4552

OUTORGADO: Lílio Rovani Marques Lame
, CPF sob o nº 084.193.913-87, e
RG sob o número 88399885 com endereço citó à
Rua Frei Bruno, 665, Vila da Cistó, na cidade de
Sobral, Estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Edval Ferreira Lins
OUTORGANTE



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 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 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

248.076.563-68

Nome completo da vítima

José Edval Ferreira Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Edval Ferreira Lima	CPF titular da conta	248.076.563-68	Profissão	Motorista
Enderoso	Rua Cel. FREDERICO	Número	5332	Complemento	
Bairro	PARQUE ISAPIRA	Cidade	JOSE ALBERTO	Estado	SC
Email				CEP	62.100-000
				Telefone (DDD)	(41) 99605.0011

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"/> RECLUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Name	NRO.	
CAIXA ECONÔMICA	FCAEPPF	104	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0554		22.350	1
(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.

José Edval Ferreira Lima
Local e Data

José Edval Ferreira Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

José Edval Ferreira Júnior

CPF da Vítima

249.076.563-69

Data do Acidente

03/10/2017

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 Lider 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.

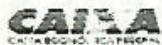
Sobral, 04 de Maio de 2019.
Local e Data

José Edval Ferreira Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



AUTO ATENDIMENTO AG:SOBRAL
DATA: 16/04/2018 HORAS: 14:43:06
TERMINAL: 05541955 CODIGO F: 10850100

COMPRAVANTE DE Produtos:

()
AGÊNCIA: 0154
CONTA DEBITÁVEL: 001.00021350-1
NOME: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

2240 8186

BENEFÍCIO: 16/04/2018/CONVENIO: CLARO NL 100 81 A 09

DATA DO PAGAMENTO : 16/04/2018
VALOR DO PAGAMENTO : 47,98

Petrolíferos e Lubrificantes do Brasil - de Bahia
Av. Presidente Vargas, 4 - 04627-71251
CEP 40170-000 - 4 - 04627-71254

Informações, reclamações, sugestões e elogios:
SAC CAIXA: 0800 777 0141
Devedora da CAIXA: 0800-775-7174
www.caixa.gov.br

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Brasileiro(a), Estado Civil _____, RG: _____ SSP-CE
CPF _____, Residente,
Rua: _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ - CE, doravante denominado
CONTRATANTE.

CONTRATADA: C.G.M.LINO (AJIL ASSESSORIA EM SEGURO DPVAT), estabelecida em Sobral — CE, na Rua Frei Álvaro, nº 665 — loja 04 — Residencial Redentor I — Alto do Cristo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.360.732/0001-46 representado por seu Proprietário, Sr. Célio Geovani Marques Lino, daqui por diante denominada de CONTRATADA, tem entre si ajustado o seguinte:

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços em Assessoria referente à cobrança de seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestres (DPVAT) mais precisamente nas áreas administrativa nas indenizações de Seguro por Invalidez Parcial e Total e por Morte.

2. DOS SERVIÇOS

A empresa CONTRATADA disponibilizará os seguintes serviços para o CONTRATANTE:

- 2.1. Assessorar na viabilização da documentação necessária e na regularização desta documentação do CONTRATANTE junto a SEGURADORA LIDER, dando entrada ao processo administrativo;
- 2.2. Acompanhar todo o trâmite do Processo e fornecer informações precisas ao CONTRATANTE de toda a situação do mesmo;
- 2.3. Esclarecer ao CONTRATANTE o que é o DPVAT, seus benefícios e direitos concedidos pelas leis N°s. 6.194/74 e 8.441/92;
- 2.4. Acompanhar o Processo até sua liquidação, comunicando ao CONTRATANTE, a data do possível crédito e o valor pago pela Seguradora LIDER.

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/Ce
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

3. DEVERES DO CONTRATANTE

- 3.1. Fornecer toda e qualquer documentação relativa ao **Acidente** ou aos **Danos Sofridos pelo contratante** requisitada pela **CONTRATADA**.
- 3.2. Pagar o valor de 30% (trinta por cento) do valor recebido a **EMPRESA CONTRATADA**, referente aos Serviços prestados especificados no item 2 e seus incisos.
- 3.3. Isentar, através de declaração, a Empresa **CONTRATADA** de qualquer fraude ou falsificação produzida pelo **CONTRATANTE**.

4. DO VALOR

A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma;

- O **CONTRATANTE** receberá o valor depositado pela **SEGURADORA LIDER**, valor este que pode chegar até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme o **Art. 3º, § 2º da Lei nº. 6.194/74, e Alterada pela Lei 11.945/2009.**
- O recebimento da empresa **CONTRATADA** será logo após a confirmação do depósito bancário feito pela **SEGURADORA LIDER** na conta do **CONTRATANTE** e posterior retirada do valor. Com isso, após o recebimento, o **CONTRATANTE** deverá pagar a empresa **CONTRATADA** o valor referente a 30% (Trinta Por Cento) do valor recebido em Conta Bancária da Empresa Contratada;

5. DA VALIDADE

O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao **CONTRATANTE** e pagamento dos serviços prestados a empresa **CONTRATADA**.

6. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da comarca de Sobral - CE.

E, por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições instituídas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Cidade _____ / _____ / de _____ /2018

ASSINATURA DO CONTRATANTE:



ASSINATURA DO CONTRATADO:



Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/Ce
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **528137111****Companhia Energética do Ceará**Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002**DADOS DO CLIENTE****Esta é a segunda via de
JUN/2018**Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE**
8968135 DV **5****VENCIMENTO**
10/07/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)**
77,39**DESCRIPÇÃO DA CONTA** Quantidade X Tarifa = Valor (R\$)**ENERGIA CONSUMO** 97 0,74009 71,78**OUTROS PAGAMENTOS**ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,67)Medidor Poste
0000 0

End. da Unidade RU CEL FREDERICO GOMES 01332 **SEM BAIRRO SOBRAL

Consumidora 62100000

RG / CPF / CNPJ 248.076.563-68

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 34123 34026 1 97 0 97

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 07/06/2018 Prev. Próxima Leitura 06/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A98C.C56B.C7F2.CD94.0852.C171.5AC0.6CE5

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 71,78 Aliquota 27% Valor do Imposto 19,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	27,13
TRANSMISSÃO	2,89
DISTRIBUIÇÃO	15,46
ENCARGOS SETORIAIS	4,14
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	22,16

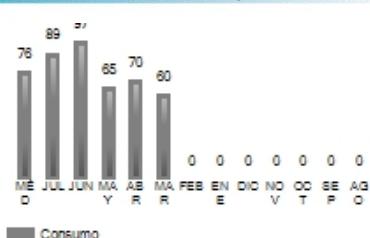
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,75

Conjunto SOBRAL I

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8968135-5** N° da Nota Fiscal: **528137111** Total a Pagar (R\$): **77,39**
Data de Emissão: **26/01/2019** Referência: **JUN/2018** Nº de Controle:**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13148987

A/C: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Nº Sinistro: 3180230683
Vitima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
Data do Acidente: 03/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELIO GEOFANI MARQUES LINO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000554

Conta: 0000021350-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

2

Nome: Jose Edval Ferreira Lima

Tratamento para:S528 - Fratura De Outras Partes Do Antebraco

Cirurgia : FRATURA DOS OSSOS DO ANTE BRACO .Data: 04/10/17

Antibioticoterapia: CEFALOTINA 48H

Recomendações:

- Não Pisar
- Não Sustentar Peso
- Manter membro elevado (a 45°)
- Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- Retirar pontos após 13 dias
- Fisioterapia precoce
- Atentar à data de retorno (15 dias)
- Fazer uso médicação prescrita
- Trocar curativo diariamente

Santa Casa de M. de Sobral
SAÚDE
CONFESSO O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

• Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). JOAO PAULO TAVARES LINHARES , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 06/10/2017

Assinatura e Carimbos

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 117 | 03/10/2017 22:

Impacto Atual:

ATEND. 445471 - OF. ATENDIMENTO 10-2017 - 22:30
Nº DO PACIENTE: 117
NOME: JOSÉ EDVAL FERREIRA LIMA
NOME PATERNO: JOSÉ EDVAL FERREIRA DA SILVA
DT. NAC.: 19/07/1965 CL: 11.761504007 SENHA:
ENDERECO: RUA VILA MARIA, 111
CEP: 62000-000
CIDADE: MARINGÁ - PR
UF: PR
TEL.: (44) 3222-2000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PCTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, REFERINDO EDEMA E DOR EM MSE, ENCONTRA-SE ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NEGA CERVICALGIA E/OU LOMBALGIA

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 240/140, Nº Pulso: 104, Nº Freq. Resp.: , DX: , Temperatura:

Fu. e José Edval F. Lima , () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) , RG Nº , declaro que:

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

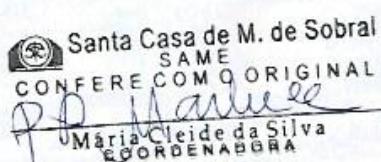
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

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

L1985490

Sobral/CE, de . de . as .

Assinatura do Paciente ou Responsável



卷之三十一

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 263166
 Paciente: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA. CPF.: 34307656368
 Sexo: Masculino
 DM Naso: 07/11/1966 (idade: 51a 10m 21d)
 Mae: MARIA FERREIRA DA SILVA
 Prof: MIGUEL FERREIRA LIMA Cor: Parda
 N. Civil: 055100 Grau de Instrução:
 Endereço: RUA 01, 849
 Bairro: CENTRO Cep.: 62020555
 Cidade: GOIÁS UF.: CE
 Cep.: 740214300

Figure 10. Received power

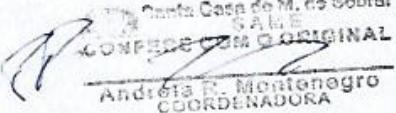
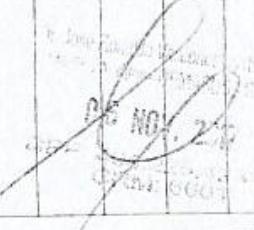
Hone
Baptist
Church

DIRETOS DA INTERNAÇÃO

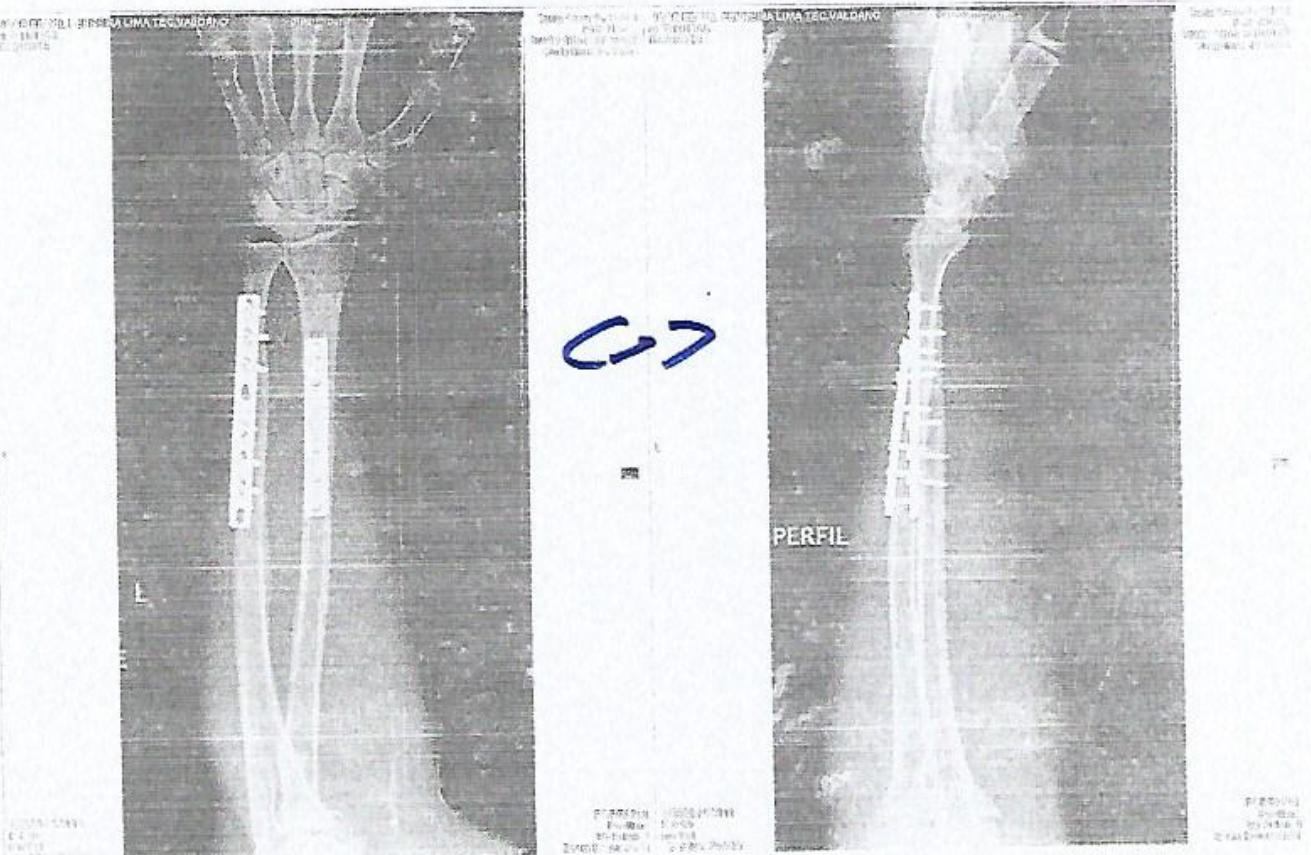
Assistência ao Paciente em Resposta à

 Conta-Casa de M. de Sobra
SAME
CONCESSIONÁRIO ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

1.1.17 *Introduction*

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR		BANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETÔNICA										
LUIS EUFRASIO FARIA NETO EPP AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CT		0-ENTRADA I-SAÍDA I 000.005.745 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 23171007827664000178550010006057451201716791 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Selaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA				PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170060822411 10/10/2017 15:00:07								
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SERVIÇO / TRIBUTO		CNPJ 07.827.664/0001-78								
DESTINATÁRIO / REMITENTE				CNPJ / CPF 07.818.313/0001-09								
NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL		BAIRRO / DISTRITO CENTRO		DATA DA ENTRADA 10/10/2017								
ENDERECO RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919		UF / CEP CEP SOBRAL		DATA DA SAÍDA 10/10/2017								
MUNICÍPIO SOBRAL		FONE / FAX		HORA DA SAÍDA 15:05:00								
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.322.262-0												
CÁLCULO DO IMPPOSTO												
BASE CALC. ICMS 0,00-	VALOR ICMS 0,00	BASE CALC. ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00	TOTAL DOS PRODUTOS	551,70							
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 184,08	VALOR DESP. 0,00	VALOR IPI 0,00	VALOR APEN. IRRF 116,96							
TOTAL DA VENDA 367,62												
TRANSPORTE / DOR / VOLUME MESTRANSportados												
NOME / RAZÃO SOCIAL 0-EMITENTE		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	MARCA DO VEÍC	UF / CNPJ / CEP							
ENDERECO		MUNICÍPIO		UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL								
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO		QFM / SH	CROSS	CEP / UND	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B-CALC. ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VANTAGENS / TRIBUTOS
152	PLACA A/C 3,5 X 06 EUROS		90211020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0
153	PLACA A/C 3,5 X 08 EUROS		90211020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0
9	PARAFUSO CORTICAL 3,5 X 14 MM		90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0
133	PARAFUSO CORTICAL 3,5 X 16 MM		90211020	0500	5403	UN	10	15,34	153,40	0,00	0,00	0
10	PARAFUSO CORTICAL 3,5 X 18 MM		90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0
 <p>Carta Casa de M. do Sobral SAE COMPROVAM O ORIGINAL Andreia P. Montenegro COORDENADORA</p>  <p>CG NOV. 2017</p>												
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO						
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACTO FEDERAL TERRITÓRIO LIMA MAT 263158 DATA 04-10-17 DR J. ADO PAULO CONV. SIS 0702030899 0702030899 0408020423 INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE FISCAL PAF Requisito N.º 10 7A914B6C4405355L11B6173B831E147F												
Recibido em 10/10/2017 às 15:00 pelo Unifax Andrade Ltda. www.unifax.com.br Recibido em 10/10/2017 às 15:00 por Luis Eufrasio Farias Neto (Prestador de serviços constante na documentação fiscal e tributária indicada, nomeado EMISSAO: 10/10/2017 VALOR TOTAL: 367,62 DESTINATARIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO - CENTRO CODIGO: 06 - OBRA/CT DATA/FEC: 10/10/2017 IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR						Gerado em 10/10/2017 às 15:00 pelo Unifax Andrade Ltda. www.unifax.com.br NIRE: 060.005.745 SÉRIE: 1						

, JOSE EDVAL FERREIRA LIMA TEC.VALDANO, 7/11/1965: DX from



J.P. Santa Casa do Rio Grande
GARANTIA
CONFIDE - COM O ORIGINAL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SORRAL
Rua Antônio Cristóstomo de Melo, 919 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia (Próximas 48 horas após operação - novo número)

Nome do paciente:
José Gonçalves Lima Silva

Nº da Atenção:
1086

REGISTRO
1086/90

CÓDIGO CID

CONVERSAO

CATEGORIA

DETALHES

DATA DA OP.
06/08/2006

OPERAÇÃO
Própria esq. A.R. - Fórceps

CÓDIGO SSM

DIA MÊS ANO DIA ANO
04 10 17 09 06

MATERIAL DE SALA

TIPO (CALIBRE)
65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO DOSEG. QUANT. V.

Ativ. da Enfermeira

LESIONES
Lesão na cl. esq. (65)

QUANT.
5 (5)

Ativ. do Cirurgião

Ativ. do Cirurgião

Curativo
Curativo

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Urgos
Urgos

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Tratamento
Tratamento

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira

QUANT.
1 (1)

Ativ. da Enfermeira

Ativ. da Enfermeira</

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (CORRÉNCIA PRINCIPAL)

1º Ato seu 2º. Dr. Cirurgião aplica enxerto de
cervelos, setor superior e central do cérebro anteriores
seus bordos setor parietal. E.
Setor frontal e medial da face.
Cérebro talvez seja tipo Blane em
setor parietal e setor E.
Setor frontal e setor parietal de parcial de dor E.
Setor frontal e setor parietal de dor E.
Setor frontal e setor parietal de dor E.
Setor frontal e setor parietal de dor E.

Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Cântio do Cirurgião

Dr. ANTONIO GONCALVES SILVA
Assinatura e Cântio

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Cântio

NORTESINTESE - MATERIAL ORTOPÉDICO

Luis Eufrasio Farias Neto / EPP

CNPJ: 07.827.664/0001 - 78

End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Crislo - Sobral - CE

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

PACIENTE: *Denis Colino Ferreira Lima*

TIPO DE CIRURGIA: *Cateterismo*

MATRÍCULA: *263158*

CONVÊNIO: *SUS*

DATA: *04/03/18*

PROCEDIMENTO: *Fratura Costela*

CIRURGIÃO: *Dr. Denilson Pequito*

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

QTD.	DESCRÍÇÃO	R.O.P.M.	%	VALOR	NÃO PREENCHER
04	2 peças extensoras 8 furos				
02	peça de P 3.5 6 furos				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFISO CORTICAL PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm	Nº	14	16	18	26	NÃO PREENCHER
	QTDE	02	04	04	06	
PARAFISO CORTICAL GR. FRAGMENTOS 4.5mm	Nº					
	QTDE					
PARAFISO ESPONJOSO PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	Nº					
	QTDE					
PARAFISO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	Nº					
	QTDE					
PARAFISO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 5.5/32mm	Nº					
	QTDE					
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº					
	QTDE					

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGTO:

MD:

TOTAL

OBS. O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Denilson Pequito
Gente Casa do M. de Sobral
SAMU
CONFIRMO A ORIGINAL
Andreia R. Monteiro
COORDENADORA

NÃO PREENCHER

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade:
Relatório de Prescrição / Evolução

Página 1/2
Emitido Por LAILA PONTE
Data 05/10/2017 11:03

PREScrição.: 1734747 DATA: 05/10/2017 10:30
USUÁRIO.: LAILA.PONTE
ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 29D)
CONVÉNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 2 DIAS(S) INT

MEDICO.: SEIJI MATSUI SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
MUD. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. S. JOAQUIM LEITO 17-3 - C.R. 5500 JOAQUIM
ORIGEM/RAZO ADULTO
CID.: 5528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO BRAÇO CICLO/INT.
DIAG. ESTICO:
PROT. OLO.:
LAC. TEP/VAÇÃO DE RISCO:

Dra. Laila Ponte 1ª VIA
Médica
Residente de Clínica / Traumatologista
Assistente de Clínica / Traumatologista
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGOSTINHO

Dr. Jane Lante

JOSE EDVAL, VITIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10, COM:

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RX: FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÁDIO E URNA

REALIZADA OSTEOSÍTESE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 8 PARAFUSOS COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3.5
COM 6 PARAFUSOS.

EM USO: CEFALOTINA D1

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA

FO: NÃO ABERTA HOJE (1ºPO)

CD MANTIDO ATB
SOLICITO RX DE CONTROLE
AVALIAR ALTA AMANHÃ

R. S. Monteiro Santa Casa de M. do Sobral
SANE CONFESSO O ORIGINAL
Andréia R. Monteiro
COORDENADORA

4985490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[05/10] 10:30

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA		EV	ACM	

3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML HC
Obs.: SE NECESSARIO

1 AMPOLA	S	EV	ACM
----------	---	----	-----

4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA

1 FRASCO AM	EV	8x8-N
-------------	----	-------

Justificativa: prescrita

Obs.: D1

|> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
|> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
|> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

1 AMPOLA	1 UNIDADE
1 UND	

PRESSCRIÇÃO.: 1735214 DATA: 06/10/2017 10:30
USUÁRIO.: LAILA, PONTE
ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 30D)
CONVENIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
PESO.: ALTURA.: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

NECESSARIO: SERVIÇO: TRAUMA - OTOFONIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/OPTOP. C. JOAQUIM LEITE LEO 1/3 - C. S. S. JOAQUIM
OBRAIS: ACIDO ADIUTO
DIAGNOSTICO: 5528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO
TRATAMENTO:
PROTÓTIPO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

Dra. Laila Ponte
Médica
Interno
Sobral

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGUSTINHO

Dra. Laila Ponte

JOSE EDVAL VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10, COM:

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

- + EX. FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÁDIO E URNA
- + REALIZADA OSTFOSSÍNTSE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 8 PARAFUSOS COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3.5 COM 6 PARAFUSOS
- + EM USO CEFALOTINA D2
- + PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA
- + FO

CD MANTIDO ATB
SOLICITO RX DE CONTROLE, logo, checar Rx de controle

RCM Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFIRMO COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

ALTA HOSPITALAR

4985490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1. DIP TA HIPOCOLESTEROLEMICA Qtd. Unidade SN Apl. Frequência Data Horários
1

[06/10] 10:30

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2. G.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC Qtd. Unidade SN Apl. Frequência Data Horários

1 AMPOLA EV ACM

3. G.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC

1 AMPOLA S EV ACM

Obs.: SE INVESTIGAR

4. G.C. CEFALÓTINA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa: prescrita

1 FRASCO AM EV 8x8-N

Obs.: p1

> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
> SERINGA DESCARTAVEL 20ML
> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

2 AMPOLA

1 UNID.

1 UNIT. DE

8/16



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CAMPUS DA UFSCAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: José Edval Ferreira Lúcio Nº PRONTUÁRIO 2681 58

SETOR: Enfermagem ENFERMARIA: LEITO:

DATA

03/10/2017 Internamento para tratamento cirúrgico

Dra. *[Signature]*
União dos Advogados do Brasil

4/10/2017 Paciente com fratura exposta de
caixa torácica. Tomografia
corroborou parcialmente a neurologia e nenhuma
lesão importante para negar cirurgia.

Dra. Dabobriga Cid
e Sociedade de Estética e Reabilitação

[Signature]

Santa Casa de N. de Sobral
SAMM

CONFIRMADO ORIGINAL

Andrea R. Monteiro
COORDENADORA

ELETRÔNICO



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

LINHA DE ATENDIMENTO
MÍDIA DE ATENDIMENTO

ANO: 2010 ME: JUNTO 3/10/2010 23:50

MARCA: 100052 INSCRIÇÃO: 17117926

NOME: JOSÉ ELIAS MARQUES LIMA

SEXO: MACHO FAMILIA: 03 FILHOS

CEP: 1400-0003 (CID: 1750) CIC: 90007 SUFIXO:

CHAMADA: JUD. 1111 0000

TIPO: CHAMADO

TIPO:

CE: CID: 00000000

QP: Fratura exposta do antebraço esquerdo

HDA: Paciente, vítima de queda de moto, apresentando fratura no membro superior esquerdo, referindo dor local e deformidade com encurvamento local.

Ao seu exame clínico apurou-se completa e cravada em 10 cm.
é da altura a altura

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
SAMU

CONFIRME O ORIGINAL

Andréia R. Melo Leite
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de antebraço esquerdo

CONDUTA: Cirurgia

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura aberta, 1º grau (L)

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1712832

Data da Solicitacao: 11/10/2017

Matricula.....: 263158

Idade: 52a 2m 2d

Atendimento.....: 4992878

Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Convenio.....: SUS - SIA

Medico Solic....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL

Laudo

Exames

ANTEBRACO

Placa metálica parafusa no terço distal das diáfises de rádio e ulna.

Linhos de fraturas oblíquas nas diáfise distais de rádio e ulna.

Aumento de partes moles.

Kenard Brito

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1726809 Data da Solicitacao: 21/11/2017
Matricula.....: 263158 Idade: 52a 1m 15d
Atendimento....: 5028710
Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
Convenio.....: SUS - SIA
Medico Solic....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL
Laudo _____

Exames

ANTEBRACO

- Fratura no terço distal das diáfises de rádio e ulna.
- Placas metálicas parafusadas no terço distal de rádio e ulna.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.

Kenard Brito

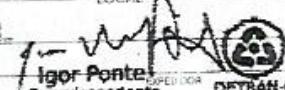
Dr. KENARD SILVA BRITO
CRM - 13247
Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



ANOTAÇÃO DO VEÍCULO

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
FPI	01 0106391967	000000000000	2011
NOME			
MARCELO ALVES GOMES			
CPF / CNPJ			
03259709390			
PLACA ANT / UF		PLACA	
/CE		FPA3823/CE	
CHASSI		9C23GZ000GR111846	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAG / MOTO / ETIA / VAG / APL / IC / *		GÁSOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA / BIZ 110L		2016	2016
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 0CV / 109CC		PARTIC	
IPVA		COR PREDOMINANTE	
FAIXA IPVA		VENC / COTAS	
1º		VEN / COTA UNICA	
2º		VEN / COTA UNICA	
3º		VEN / COTA UNICA	
PRÉMIO TARIFARIO (RS)		IOF (RS)	PRÉMIO TOTAL (RS)
		DATA DE PAGAMENTO	
		21/06/2017	
OSSERVAÇÕES			
SUBRAL			
 Igor Pontes Superintendente DETAN-CE			

28/08/03

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thais Albuquerque Lima,

RG nº 2005009202333, data de expedição / /,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 032.597.093-98, com
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Cel. Inácio Gómez, nº 5332,

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 José Geraldo Ferreira Lima, cujo o condutor era José Geraldo Ferreira Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 110I

Ano: 2016

Placa: PMA 3323

Chassi: 9L2JL7000GR222846

Data do Acidente: 03/10/2017

Local e Data: Sobral 08/04/2018

Thais Albuquerque Lima

Assinatura do Declarante

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





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Giovani Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-871, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sózé Corval Ferreira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALPFZ da Vítima Sózé Corval Ferreira Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

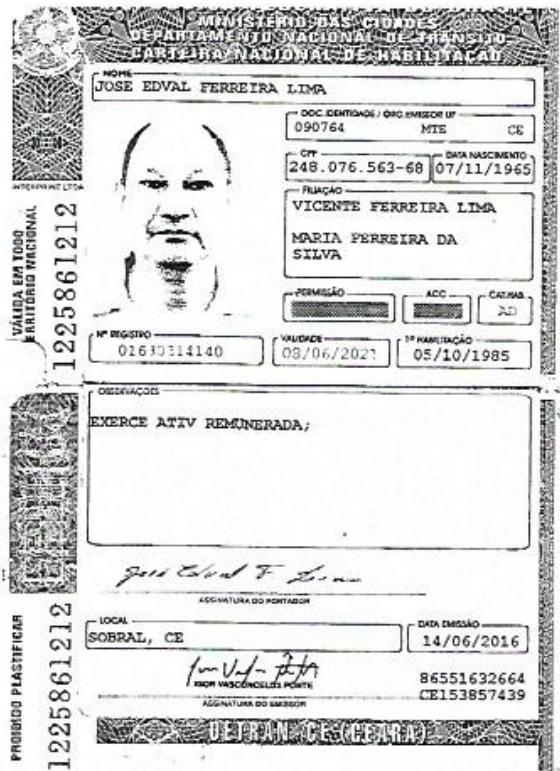
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Fui Mais</u>	<u>Sossep</u>	<u>605</u>	
Bairro		Estado	CEP
<u>Vila do Cristo</u>		<u>Espírito Santo</u>	<u>62.020-370</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(38) 99605-0011</u>	<u>(38) 99477-4532</u>

Sossep, 10 de Mai de 2018.
Local e Data

L J.
Assinatura do Declarante





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Fica a parte intimada a comparecer em audiência de conciliação/una a ser realizada na data 16/07/2019 10:00, no endereço Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Anexo da Faculdade Luciano Feijão, Dom Expedito, SOBRAL - CE - CEP: 62050-100.



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOBRAL
JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL
CAMPUS FACULDADE LUCIANO FEIJÃO

Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Dom Expedito, CEP.: 62050-215, Sobral/CE

PROCESSO N.º: 3000432-46.2019.8.06.0167

PROMOVENTE(S): Nome: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Endereço: Rua Coronel Frederico Gomes, 1332, - de 1291/1292 ao fim, Campo dos Velhos, SOBRAL - CE - CEP: 62030-020

PROMOVIDO (A) (S): Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

INTIMAÇÃO

Após a leitura deste expediente ou o decurso do prazo legal para leitura das intimações eletrônicas, fica(m) o(a)(s) advogado(a)(s) da(s) parte(s), intimado(a)(s)da audiência de conciliação designada para o dia 16/07/2019 10:00, ficando cientificado(s) de que deverá(ão) trazer consigo a parte que representa(m), independentemente de intimação prévia.

Sobral, CE, Quinta-feira, 13 de Junho de 2019.

ALBERTO DIAS DE SOUZA

Servidor(a) da Secretaria do Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral,
assina eletronicamente de ordem do MM Juiz.