



Número: **0855065-20.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCA JUCIMARA FERREIRA DE MELO (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34064786	22/10/2018 22:58	img20181021 19191322	Outros documentos



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.866.719 DATA DE EMISSÃO 09/06/2007

NOME FRANCISCA JUCIMARA FERREIRA DE MELO

FILIAÇÃO RAIMUNDA PATRICIA FERREIRA DE MELO

NATURALIDADE JOAO CAMARA RN DATA DE NASCIMENTO 26/10/1990

DOC. ORDEM CERT. DE NASCIMENTO L-A-10 F-172 R6-7036

JOAO CAMARA RN-2 CARTORIO

CPF 1a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTROLE DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memot, 150, Baflo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE FRANCISCA JUCIMARA FERREIRA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DO BUJAO 66

CPF 093 355 554-79 NIS 16318070819

CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

CENTRO/ÁREA URBANA PARAZINHO RN 59586-000

DATA CONTRATO 03/2018

DATA DE VENCIMENTO 23/03/2018

DATA DE EMISSÃO 17/04/2018

VALOR 35,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0.19251056	5.47
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0.31287529	21.90
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	7.0000000	0.46851205	3.28
ICMS-Parcela Subvencionada			4.73

TOTAL DA FATURA 35,38							
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
213084989	CAT	16-02-2018	4 803,00	16-03-2018	4 940,00	29	107,00

MÊS ANTES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MAR 18	107	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
FEV 18	122	ICMS	30,85	10,00	5,51
JAN 18	125	PIS	30,85	0,88	0,21
DEZ 17	69	COFINS	30,85	3,16	0,86
NOV 17	84				
OCT 17	102				
SET 17	93				
AUG 17	87				
JUL 17	86				
JUN 17	84				
MAY 17	88				
ABR 17	117				
MAR 17	117				

Consumo Ativo até 30 kWh: 0.14283200

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0.24481200

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0.36816800

PREVISÃO DE FATURAS

00E3 C3BB C9B7 54A6 295A 0314 04E0 8447

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. As datas de entrega e validade em vigor e Verificar Mais informações em www.ceser.gov.br. O cliente é responsável por verificar a validade da Nota Fiscal de acordo com o prazo de validade estabelecido no contrato de fornecimento de energia elétrica. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (CERN) e é válida por 12 meses a partir da data de emissão. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (CERN) e é válida por 12 meses a partir da data de emissão.

LINS & VELHO
Claudimir José Ferreira Velho

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: FRANCISCA JUCIMARA FERREIRA DE MELO

Profissão: ----- Estado Civil: -----

RG: 2.866.719 CPF: 093.355.554-79

Endereço: RUA DE BUJÃO 66 Nº -----

Cidade: PARAZINHA Estado: RN CEP: 59.580-000

988720213

OUTORGADO : Dr. CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP - 59.141-085

PODERES: A quem concedo amplos e limpos e ilimitados poderes para, no foro em geral, perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminarmente preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando para tanto, os poderes das cláusulas "ad-judicia" e "extra", e mais os especiais para transpor, firmar compromisso, fazer acordo, receber, dar quitação, representar-nos juntos as repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais, Autárquicas e Sociedade de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, que tudo darei por bom e valioso. Inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente em qualquer órgão podendo praticar qualquer ato necessário para tanto, tendo poderes para retirar alvará e levantar valores destes.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Acordão as partes que o Outorgante arcará com honorários no percentual de 30% (trinta por cento) ao Outorgado, do valor recebido por aquele a qualquer título, por condenação ou acordo entre as partes.

Natal, 20 de maio de 2018

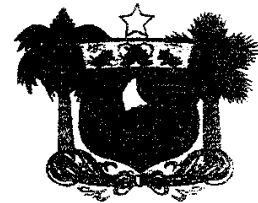
Francisca Jucimara Ferreira de Melo
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis Parnamirim/RN, CEP-59.145-085. Email:
Claudimir.velho@yahoo.com.br, /Fone (84)99969-7011, 87884353, 32726277.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Governo Municipal de Parazinho
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Vice-Prefeito Eronildes Teixeira da Silva, Nº 122 - Centro
CNPJ-(MF) 11.959.203/0001-26 - Fone: (84) 3697-0031
e-mail: smsparazinho@rn.gov.br



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº _____

CARTÃO SUS: _____ RG: _____
NOME: _____ DATA DE NASC. ____/____/____
NOME DA MÃE: _____
____ ANOS COR: _____ SEXO: _____ MAS.: _____ FEM.: _____ ESTADO CIVIL: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____ INSTITUTO: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ HORA DE ENTRADA: _____ H DATA: ____/____/____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM _____ REGULAR _____ COM DISPNEIA _____ CHOCADO _____ COMATOSO _____
COM HEMORRAGIA _____ EM CONVULSÃO _____ POLITRAUMATISMO _____ AGITADO _____ OUTROS _____

SINAIS VITAIS

P.A. _____ mmHg PULSO: _____ pm FR: _____ rm TEMP: _____ °C PESO: _____ KG
DOR() VÔMITO: _____ ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____
MEDICAÇÃO EM USO QUAIS? _____ ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM _____ NÃO _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

_____ Vermelho às _____ hs _____ Azul às _____ hs _____ verde às _____ hs _____ Amarelo às _____ hs

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

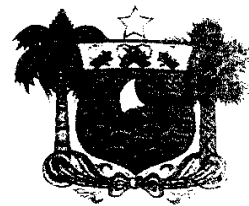
EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (COM REGISTRO): _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Governo Municipal de Parazinho
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Vice-Prefeito Eronídes Teixeira da Silva, Nº 122 - Centro
CNPJ-(MF) 11.959.203/0001-26 - Fone: (84) 3697-0031
e-mail: smsparazinho@rn.gov.br



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº _____

CARTÃO SUS: _____ RG: _____
NOME: _____ DATA DE NASC: _____
NOME DA MÃE: _____
ANOS: _____ COR: _____ SEXO: _____ MAS: _____ FEM: _____ ESTADO CIVIL: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____ INSTITUTO: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ HORA DE ENTRADA: _____ H DATA: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM _____ REGULAR _____ COM DISPNEIA _____ CHOCADO _____ COMATOSO _____
COM HEMORRAGIA _____ EM CONVULSÃO _____ POLITRAUMATISMO _____ AGITADO _____ OUTROS _____

SINAIS VITAIS

PA: _____ mmHg PULSO: _____ pm FR: _____ rm TEMP: _____ °C PESO: _____ kg
DOR: _____ VÔMITO: _____ ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____
MEDICAÇÃO EM USO QUAIS? _____ ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM _____ NÃO _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho às _____ hs Azul às _____ hs Verde às _____ hs Amarelo às _____ hs

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFEÇÕES ENCONTRADAS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (COM REGISTRO):

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ AO ACOLHIMENTO ☐ ESPECIALISTA, QUAL? _____

☐ OUTROS SERVIÇOS, QUAIS? _____

CONDUTA:

Exame físico normal. Prescrição de medicação. Retorno em 15 dias.

Janete da Silva
COREN-RN 101.127.75

☐ FICOU NO LOCAL

INTERNADO NO SERVIÇO DE: _____

REMOVIDO EM _____

HORA: _____ HS

HORA: _____ HS

PARA: _____

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

☐ RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA

ÓBITO EM _____

APELIDO _____

ÀS _____ HS

A REVELIA ☐

ENTREGUE À FAMÍLIA ☐

☐ INSL. MÉDICO LEGAL

DATA: _____

ÀS: _____

OBSERVAÇÃO:

Exame físico normal. Prescrição de medicação. Retorno em 15 dias.





