



Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467  
Advocacia e consultoria

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE JAGUARETAMA/CE.**

**AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT**

**PEDRO CÉSAR LEMOS**, brasileiro, solteiro, aposentado, portador do CPF nº 711.363.393-53 e RG nº 2430243-92 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Francisco Antônio Pinheiro, nº 424, Bairro Centro Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000, por meio de seu advogado e procurador, infra-assinado, vem, com à presença de Vossa Excelência, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO – DPVAT** em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua da Assembleia, nº 100, andar 26, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.011-904, conforme fatos e fundamentos a seguir:



Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467  
Advocacia e consultoria

## I - DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente de trânsito na data de 08 de janeiro de 2018, na cidade de Jaguaratama/Ce, conforme boletim de ocorrência em anexo.

Na ocasião, o autor sofreu várias lesões, dentre elas perda completa de um dos dedos da mão, conforme documentação em anexo.

Diante disso, o autor postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT por invalidez permanente, o que foi concedido apenas parcialmente.

Destaque-se que o autor não sabe quais critérios o réu utilizou-se para chegar ao valor da indenização, vez que apresentou apenas um cálculo matemático afirmando o seguinte:

Dedos mão: perda anatômica completa de qualquer um dentre os dedos da mão

Percentual da perda: 10%

Enquadramento da perda (art3º, §1º da 6.194/74): em grau intenso 75%

% Apurado: 7,5%

**Valor a indenizar: R\$ 1.012,50**

Portanto, a seguradora concluiu que o autor sofreu um dano pessoal de forma a fazer *jus* somente R\$ 1.012,50 (mil e doze reais e cinquenta centavos).

No entanto, excelência, os danos sofridos pelo autor vão além do valor afirmado pelo réu, motivo pela qual o autor pleiteia o pagamento do restante da indenização.

## II - DO DIREITO

O pagamento do seguro DPVAT está regulamentado pela lei nº 6.194/74, cujo artigo 5º assim dispõe:

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



Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467  
Advocacia e consultoria

(...)

No caso, o único questionamento trazido diz respeito ao valor da indenização, visto que os outros critérios já foram aceitos pela seguradora, que admitiu a existência do acidente automobilístico.

Sobre os critérios a serem utilizados para o cálculo do valor da indenização, a lei em comento assim dispõe em seu art. 3º:

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

(...)

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

(...)

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

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

(...)

Resta claro e provado que não foi paga a quantia a que se tinha direito, visto que as lesões sofridas pelo autor foram graves e pelos critérios trazidos na lei faz *jus* a indenização total da invalidez permanente, qual seja o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

**Entretanto, como a parte ré já pagou a quantia de R\$ 1.012,50 (mil e doze reais e cinquenta centavos), restando assim um débito de R\$ 12.487,50 (doze mil quatrocentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Requer ainda a incidência de juros e correção monetária, bem como a condenação do réu em



Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467  
Advocacia e consultoria

custas e honorários advocatícios.

### III - DOS PEDIDOS

Diante de todo o exposto, REQUER:

- a) Requer os benefícios da justiça gratuita, por a parte ser pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento;
- b) Seja a Requerida citada, na forma, via AR, conforme CPC/2015, para que, sob pena de revelia, compareça à audiência de conciliação (art. 334 CPC/2015), a fim de responder à proposta de conciliação ou apresentar defesa;
- c) Ao final, seja julgado procedente o pedido, condenando a Requerida a pagar ao Requerente a importância de **R\$ 12.487,50 (doze mil quatrocentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, com a devida correção monetária e acrescida de juros legais;
- d) Caso Vossa Excelência entenda necessário, requer a realização de perícia;

Protesta por provar o alegado por todos os meios de provas admitidas pelo direito, em especial, documental, testemunhal e pericial, bem como, as demais que se fizerem necessárias para o desfecho da lide.

Dá-se a causa o valor de R\$ 12.487,50 (doze mil quatrocentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes termos,

Pede deferimento.

Jaguaretama/Ce, 15 de agosto de 2019.

**RODOLFO MORAIS DA CUNHA**

**OAB/CE 32.467**





Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467  
Advocacia e consultoria

fls. 5

## **PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

**OUTORGANTE: PEDRO CESAR LEMOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 711.363.393-53, **residente e domiciliado na Av. Padre Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000.**

**OUTORGADO: RODOLFO MORAIS DA CUNHA**, brasileiro, solteiro, ADVOGADO, COM INSCRIÇÃO NA OAB/CE nº 32.467, com escritório localizado à Avenida Gov. Manoel de Castro Filho, nº 539, Centro, CEP nº 63.480-000, Jaguaretama – Ceará.

**PODERES GERAIS:** Por este instrumento particular de procuração, constituo o patrono acima qualificado e, concedendo-lhe, poderes para o foro em geral com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, podendo agir em qualquer juízo, instância ou Tribunal, inclusive junto às repartições públicas federais, estaduais e municipais, tendo poderes para propor contra quem de direito as ações competentes e defender o outorgante nas contrárias, seguindo-as até final decisão, interpondo os recursos legais.

**PODERES ESPECÍFICOS:** De igual modo, concedo ao advogado (a) constituído, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, retirar autos de cartórios judiciais e de repartições públicas, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em conformidade com o art. 105 do NCPC/2015.

Jaguaretama, (CE) 06 de maio de 2019.

OUTORGANTE

☎ (88) 9 8101.6080  
(85) 9.8102-6080

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

📍 **Escritório 1**

Av. Governador Manoel  
de Castro 539 -  
Centro - Cep 63480-000  
Jaguaretama - CE

📍 **Escritório 2**

Edifício Harmony Premium  
Av. Humberto Monte, - 2929  
Sala 813 Norte, Pici  
Cep 60440-593 Fortaleza-CE.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
PEDRO CESAR LEMOS

Nº de Inscrição  
711363393-53

Data do Nascimento  
10/06/52

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2430243-92 DATA DE EXPEDIÇÃO 29.07.92

NOME PEDRO CÉSAR LEMOS.

PRIMEIRO PEDRO Lemos de Almeida.  
SOLTEIRO MARIA Leoilda Barreto de Lemos.  
Jaguaretama-Ce 10/06/1952

Cert.Nasc:6.785,Lv:A/17,Fls:135,  
Cartório de Jaguaretama-Ce

CPF FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura PEDRO CESAR LEMOS

S E R P R O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/93

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



**CLIENTE**  
**5888997**  
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ**  
 Rua Padre Valdevino, 150  
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº**  
 Rota 18 17020 29 096500 - 5  
 Nome ERACILDES ROBERTO DE LIMA  
 End. Postal RU FRANCISCO ANTONIO PINHEIRO 00424  
 Medidor JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000  
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
 RG/CPF/CNPJ 519263183-15  
 Nome do Responsável 0000 0000

Data de Emissão 576025543  
 27/05/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.  
 Conjunção Mês SOLONOPOLIS  
 Mai/2019 17,67 P

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	FIC	DMIC
59,69	27,00%	16,11	5,19	10,38	2,94

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 9A0F.E1CF.46F1.46E0.EF46.2A7C.6DED.5E68

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11324	11248	1,00	76	0,00	76	0,78546	59,69

27/05/19 26/04/19 31 DIAS

**VALOR CONSUMO DO MES**  
**ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,96 )**  
**VALOR (R\$) 59,69**

P9 3/10/19

**VENCIMENTO**  
**03/06/2019**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	22,73
Transmissão	1,00
Distribuição	13,35
Encargos Setoriais	3,63
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	18,78
<b>TOTAL</b>	<b>59,69</b>

**TOTAL A PAGAR (R\$) 59,69**

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

MED	Ma	Ab	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun
68	76	66	65	64	70	70	83	74	73	58	55	

**CONSUMO CONSTATADO EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 29,67  
 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00  
 Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0%

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."  
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal  
 A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,67 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,81% e COFINS:3,67%  
 (Art. 9º Lei. 10.833/02 e 10.833/03)  
 Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.530/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19.  
 www.aneel.gov.br

do Cliente: 5888997  
 Data de Emissão: 27/05/2019  
 da Nota Fiscal: 576025543

Referência: Total a Pagar (R\$): Mai/2019 59,69  
 Nº de Controle: 0005888997 00065 39612 00

83800000000-9 59690031000-2 00058889970-4 00653961211-0

## DECLARAÇÃO

**PEDRO CÉSAR LEMOS**, brasileiro, solteiro, aposentado, inscrito no CPF sob o nº 711.363.393-53 e RG nº 2430243-92 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Francisco Antônio Pinheiro, nº 424, Bairro Centro, Jaguarétama/Ce, CEP: 63.480-000, declara para devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, conforme comprovante em anexo.

Jaguarétama- Ce, 29 de julho de 2019.

A handwritten signature in blue ink, reading "Pedro César Lemos", is written over a horizontal line.

**PEDRO CÉSAR LEMOS**

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**PEDRO CESAR LEMOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº **711.363.393-53**, residente e domiciliado na **Av. Padre Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000**, desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Jaguaretama-Ce, 06 de maio de 2019.



(Declarante)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180348465 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO CESAR LEMOS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16AC.





## 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

PEDRO CESAR LEMOS

CPF da Vítima

711.363.393-53

Data do Acidente

08/01/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

CPF do Representante legal

004.071.683-03

Email

mjaguanetama@hotmail.com

Telefone (DDD)

(88) 98101-6080

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Lider-DPVAT Acom: x 13353730.pdf x (2) WhatsApp x +

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=CwKCAjw\_bo2RA9fwaA4klEvgCTwsegwtJ8yvoclia\_6tHeJGVp8kmNN7F6T...

Apps PDDE Interativo Minha Conta - Rate...

Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

**PAGUE SEGURO**

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

**ACOMPANHE O PROCESSO**

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

**documentação completa.**

**SINISTRO 3180348465 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** PEDRO CESAR LEMOS  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
**BENEFICIÁRIO** PEDRO CESAR LEMOS  
**CPF/CNPJ:** 71136339353

**Posição em 04-07-2019 11:03:55**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.  
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX  
Valor da Indenização: R\$00.000,00  
Juros e Correção: R\$00.000,00  
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

Windows 10 Digite aqui para pesquisar 11:10 04/07/2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276554/18  
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS  
CPF: 711.363.393-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/01/2018  
Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**PEDRO CESAR LEMOS : 711.363.393-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**RODOLFO MORAIS DA CUNHA : 004.071.683-03**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 30/07/2018  
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA  
CPF/CNPJ: 004.071.683-03

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 30/07/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **29/06/2018 09:00:27**  
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 09:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE SEBASTIÃO MARLENO, 79**  
Complemento:  
Bairro: Município: **JAGUARETAMA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **PEDRO CESAR LEMOS**  
Nascimento: **10/06/1952** CPF: **711.363.393-53**  
RG: **243024392** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS**  
**PEDRO LEMOS DA ALMEIDA**  
Endereço: **RUA PADRE SEBASTIAO MARCELO, 1049**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **JAGUARETAMA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98136-1685**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORU4765** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:  
**95365824XDR339601** Renavam: **595495630** Tipo do Veículo:  
**CAMINHAO** Marca / Modelo: **VW/24.280 CRM 6X2** Ano Fabricação:  
**2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**  
Proprietário: **WALDEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Municipal, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB, comunicou que na data, local e hora acima indicado, estava trabalhando descarregando farinha do caminhão de placa ORU-4765; Que o caminhão estava parado em uma subida e foi colocado uma pedra no pneu de trás do caminhão, que depois que terminou de descarregar a mercadoria nesse local foi retirar a pedra que estava apoiando o caminhão e o mesmo desceu um pouco e veio a passar por cima mindinho da mão direita, onde veio a perder parte do mesmo; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE e do mesmo foi transferido quase que de imediato para o hospital municipal de Russas; Que trabalhava descarregando caminhão, mas devido ao acidente está sem trabalhar; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaretama-CE, telefone 88-981137898 e o seu vizinho que viu o acidente de nome FRANCISCO NETO ALMEIDA, residente Padre Sebastião Marleno nº1045, Telefone 88-981161123, testemunhas essas que vieram até a delegacia e apresentaram os seus documentos, conforme anexo. E NADA MAIS DISSE

DOCUMENTO  
ORIGINAL

1ª CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SSP

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/06/2018 09:27:32

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16AD.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214**

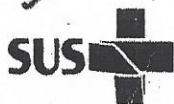
X *Guilherme rubeltrub*

X *Jucimar dasilva Dantas*

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**30 JUL. 2018**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ**  
**SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA**



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Pedro Cesar Feres

Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 65 Anos

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Ref. visita de controle de amarelão resultante  
emagrecimento de 5º grau de 6, de 1º e 2º graus  
 Resultado de Exames: transfusão

Conduta já realizada: Sintomas

Impressão Diagnóstica: Amarelão de 5º grau de 6, de 1º e 2º graus

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data 08.01.18

Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação clínica

Profissional: Transfusão

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: 1 / 1 / \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Alta 1 / 1 / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**

**30 JUL. 2018**

SS: \_\_\_\_\_





## 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Local e Data

30 JUL. 2018

*Pedro César*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
CE Nº 012965037243		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
00655579903 MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800 4765			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodpvato.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1234			
2016		24/01/2017	
01	00655579903	00655579903	00655579903
595495630	VW/24 280 CAM 6X2	595495630	VW/24 280 CAM 6X2
2013	10	95365824XDR339601	95365824XDR339601
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	RENATRAM (R\$)	DESEGO DO SEGURO (R\$)	
47.61	5.29	52.91	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
4.15	0.42	110.38	
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
LOTE/DOSEGRADUADA E IDENTIFICADORA 7991		MOTOR: 20934942048462	
www.seguradora.com.br			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

75:





## 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

Nome completo da vítima

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

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Email			Telefone (DDD)	

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

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

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.

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**30 JUL. 2018**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

*Rodolfo Pereira da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de  
conta corrente

Data 29/04/2018 Hora de Brasília 08:03  
 Agência 05438 - MORADA NOVA  
 Conta 0122351-5  
 Nome PEDRO CESAR LAMOS  
 Tipo Cartão 1 Dia Cartão 01  
 Valor 20.00  
 Ag. Bradesco 5438 MORADA NOVA  
 FICB : 002 MERCADINHO FICB  
 CÍCERO  
 NSU 029112633026 Autenticação 804858  
 Conserve este Recibo

OUTDORIA BRANESCO  
 0800 222 9933

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018



**Nº DO CLIENTE**  
**5965123-7**  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 522512248

Rota 16 17020 40 073500 - 6 Data de Emissão 23/04/2018

Nome MARIA SOCORRO DE LIMA

End. Postal RU PDE SEBASTIAO MARLENO 01049  
JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000

Medidor 756017 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 766437603-30 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	23/04/2018	23/05/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SOLONOPOLIS

Mês Fev/2018 EUSD 19,32

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
99,61	27,00%	26,89

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

4384.2F57.E866.77AB.1CF9.57... .6BF1

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6495	6351	1,00	144	0,00	30	0,24210	7,26
					70	0,41504	29,05
					44	0,62257	27,39

23-04-18 22-03-18 32 Dias 144 63,70

**VALOR CONSUMO DO MES** 63,70

**ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079** 9,70

**MULTA MORATORIA REF 03/2018** 0,79

**JUROS DO MES** 0,20

**ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL** 11,60

**PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA** 2,17

**VENCIMENTO** 02/05/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 88,16

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	23,34
Transmissão	13,30
Distribuição	13,30
Encargos Setoriais	3,56
Tributos (PIS/COFINS)...	30,88
<b>TOTAL</b>	<b>75,57</b>

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

MED	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Sep	Ago	Jul	Jun	Ma
137	144	132	142	155	137	136	143	127	159	119	124	133

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
62,24	0,00	0%

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE REGISTRO DO DÉBITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 5,99 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94%  
(Art. 9º Lei nº 100-2002 - ANEEL e leis nº 10.637-07 e 10.833-03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução  
Homologatória ANEEL nº 2.363/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde  
em abr-18. Informações: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



Nº DO CLIENTE

4259716-1

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

PG 03/07

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 01 17020 01 068500 - 7 Data de Emissão 531598862  
Nome ROLDO MORAIS DA CUNHA 03/07/2018  
End. Postal RU ROBSON RIC M DE LIMA 00637 AP 637 A  
Medidor JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000  
Classe 24794318 Poste 0000 0000  
RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
Nome do Responsável 004071683-03 CGF

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Jul/2018 03/07/2018 02/08/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
139,68	27,00%	37,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DEE7.C4E4.0606.3929.111C.FEE7.D37D.2BBE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 15912	15739	1,00	173	0,00	173	0,80745	139,68

03/07/18 04/06/18 29 DIAS 173 VALOR (R\$) 139,68

VALOR CONSUMO DO MES 139,68  
MULTA MORATORIA REF 06/2018 2,77  
JUROS DO MES 0,09  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 17,36  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 12,87 )

VENCIMENTO

10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

159,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	51,31
Transmissão .....	5,47
Distribuição .....	29,23
Encargos Setoriais .....	7,84
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	45,83
TOTAL .....	139,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

188	173	189	238	153	123	254	215	231	150	191	161	
MED	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 67,54 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00  
Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 8%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorreligue. A religação a revalida da distribuidora enseja nova taxa de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2010 - Aneel).

Consta desta fatura R\$ 8,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Nº do Cliente:

4259716-1

Referência:

Total a Pagar (R\$): Jul/2018

Data de Emissão:

03/07/2018

Nº de Controle:

159,90

Nº da Nota Fiscal:

531598862

0004259716 00088 39032 04

8380000001-7 59900031000-0 00042597160-0 00833903246-9





**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RODOLFO MORAIS DA CUNHA inscrito (a) no CPF/CNPJ 004.071.683 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PEDRO CESAR LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 711363393 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO CESAR LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 711363393 / 53, 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 <u>RUA ROBSON RICARDO MACHADO DE LIMA</u>		Número <u>637</u>	Complemento
Bairro <u>NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade <u>JAGUARETAMA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63480-000</u>
Email <u>RJAGUARETAMA@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9 8101-6080</u>

JAGUARETAMA, 24 de JULHO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

**NOME**  
RODOLFO MORAIS DA CUNHA

**RG**  
2002010344990 SSPDC CE

**CPF**  
004.071.683-03

**DATA NASCIMENTO**  
25/12/1983

**FILIAÇÃO**  
ROBERTO LINDOLFO  
BEZERRA DA CUNHA  
MARIA JOSE TELES  
MORAIS DA CUNHA

**PERMISSAO**  
ACD CATAM  
AB

**Nº REGISTRO**  
02752840943

**VALIDADE**  
08/02/2023

**1ª EMISSÃO**  
02/02/2003

**SEM OBSERVAÇÃO:**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Rodolfo Cunha*

**LOCAL**  
CRATO, CE

**DATA EMISSÃO**  
15/02/2018

**ASSINATURA DO TITULAR**  
*[Assinatura]*

**72541107746**  
**CE163700915**

**CEARA**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1497305242

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1497305242

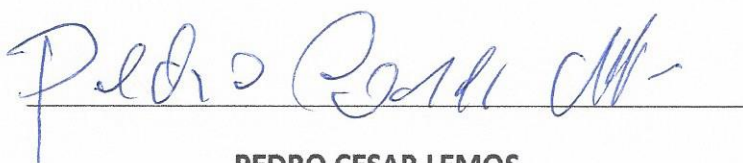
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

## DECLARAÇÃO

**PEDRO CESAR LEMOS**, brasileiro, união estável, aposentado, residente e domiciliado na Av. Pe. Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Bairro Pe. Sebastião Marleno Alexandre, CEP 63480-000, Jaguarétama-CE, declara para os devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, **conforme comprovante em anexo.**

Jaguarétama, Ce, 25 de agosto de 2018.

A handwritten signature in blue ink, reading "Pedro Cesar Lemos", is written over a horizontal line.

**PEDRO CESAR LEMOS**





**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 com 16 ou 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

711.363.393-53

Nome completo da vítima

PEDRO CESAR LEMOS

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

Nome completo <b>PEDRO CESAR LEMOS</b>		CPF titular da conta <b>711.363.393-53</b>	Profissão <b>APOSENTADO</b>
Endereço <b>AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE</b>		Número <b>1049</b>	Complemento
Bairro <b>PADRE SEBASTIÃO MARLENO</b>	Cidade <b>JAGUARETAMA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>63480-000</b>
Email			Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>05438</b> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<b>CONTA</b> NRO. <b>01273515</b> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

*Pedro Cesar Lemos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Ramires Cunha*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de  
conta poupança

Data: 25/08/2018 Hora de Brasília 07:58

Agência: 05438 - MORADA NOVA

Conta : 0122351-5

Nome : PEDRO CESAR LEMOS

Tipo Cartão: 2 Via Cartão: 01

Valor : 80,00

Ag. Bradesco : 5438 - MORADA NOVA

PACB : 062 - MERGADINHO PADRE

CICERO

NSU: 029683857884 Autenticação: 804163

Conserve este Recibo

OUIDORIA BRADESCO  
0800 722 9933



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: PEDRO CESAR LEMOS		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: APOSENTADO	Carteira de Identidade: 243024392	
CPF nº: 711.363.393-53	Endereço: AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE, 1049		
Bairro: PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	Cidade: JAGUARETAMA	Estado: CEARÁ	CEP: 63480-000

**OUTORGADO:**

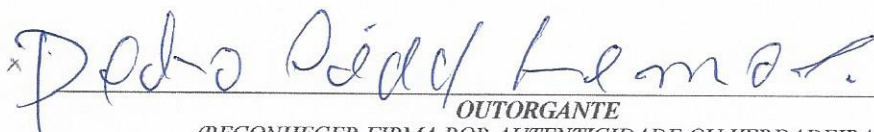
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ADVOGADO	Carteira de Identidade: 200201034499-0	
CPF nº: 004.071.683-03	Endereço: AV. GOV. MANOEL DE CASTRO FILHO, 539		
Bairro: CENTRO	Cidade: JAGUARETAMA	Estado: CEARÁ	CEP: 63480-000

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

**OBS.:** É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

Jaguaretama/Ce

24 de julho de 2018.



OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



## Extrato de Conta Corrente

PEDRO CESAR LEMOS 07/1908  
AGÊNCIA 5438 CIB 01/22/51 5 25/MAR/2019

## DISPONÍVEL

= TOTAL DISPONÍVEL 649,35  
+ CONTÁ ENCL. (C/C + POU) 649,35

TOTAL DE RECURSOS 649,35

SALDO DISP. P/INVEST 649,35

## LIMITES DE CREDITO

CHEQUE ESPECIAL 810,00  
LIMITE UTILIZADO 0,00  
LIMITE A UTILIZAR 810,00  
CREDITO PESSOAL 224,00  
LIMITE UTILIZADO 0,00  
LIMITE A UTILIZAR 224,00

CONTABILIZACAO DIARIA PORTE 11,11 11,11

FEVEREIRO/2019

DIA HISTÓRICO N DOCTO VALOR  
15 SALDO ANTERIOR 34,15  
22 CREDITO DO INSS 02254,68 683,62  
S A L D O 649,47  
25 SAQUE CARTAO CB 5438062 9,00  
ESPECIE  
SAQUE CARTAO CB 5438062 40,00  
ESPECIE  
SAQUE CARTAO CB 5438062 600,00  
ESPECIE  
S A L D O 0,42

MARCO/2019

06 CART CRED ABILIT 4,40005 12,58  
TOD UTIL LIMITE 32756,46 0,16  
S A L D O 12,19  
11 BNC LIM CREDITO 32756,46 1,88  
ENCARGO 14,317

S A L D O 14,02

15 TARIFA BANCARIA 0120319 20,20  
CESTA B. EXPRESSO2

S A L D O 34,22

25 CREDITO DO INSS 02254,68 683,62  
SALDO TOTAL 649,35

MANIFESTACAO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
NOVA POUPEANCA DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
ANIVERSARIO 25/03/2019

25 0,00 0,00  
22 0,00 0,00

TOTAL 0,00

TX CHQ ESP. 14,317 A M 792,257 A A  
OUTO 01/04/2019

Ag Bradesco 5132 NOVA  
Corresp Banc. 067 MERCADINHO PADRE  
CICERO  
NSU 002625649-00 Autenticacao 500801

IMAGENS BRANCO

**HCSR**  
SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



38

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

**SUS - SUS**

Profissional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

**GUIA DE ATENDIMENTO**

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consulta: URGENCIA

Turno: DIURNO

08/01/2018 12:42:17

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS  
Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE, 63480000 - PROX A ARNOLDO  
Fone: (88) 98136-1685  
Naturalidade: JAGUARETAMA - CE  
CNS: 898003258645622 CPF: 711.363.393-53 Identidade 243024392 - SSP/CE  
Nº da Carteira: Ocup.: AGRICULTOR  
Validade: Autorização:  
Mãe: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS Pat: PEDRO LEM DE ALMEIDA SisPreNatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: KG Temp: °C P. A. mmHg D. X.

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☒ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Condição

TECNICO EM RADIOLOGIA  
2878 4753

Diagnostico:

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

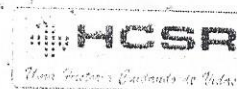
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800229791

Registrado por: maria.aubetiza

*Assinatura de Maria Lemos*





SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



1800229792

1800229792 08/01/2018 13:03:03

GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( )

TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003

Paciente  
00111834 - PEDRO CESAR LEMOS  
Documento  
Identidade - 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992  
Endereço  
RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE  
Naturalidade  
JAGUARETAMA - CE  
Mãe  
MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS  
Plano - Convênio  
SUS - SUS  
Caráter de Atendimento  
Urgência  
CID Principal

Sexo  
M  
Estado Civil  
Solteiro(a)  
Raça/Cor  
Parda -

Nascimento  
10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D  
Escolaridade  
Parda -

CNS  
898003258645622  
Ocupação  
AGRICULTOR  
Complemento  
PROX A ARNOLDO

CPF  
711.363.393-53

CEP  
63.480-000

SisPreNatal

Contatos  
(88) 98136-1685  
Pai  
PEDRO LEMOS DE ALMEIDA

Carteira  
Validade  
Autorização

Especialidade  
TRAUMA/ORTOPEDIA

Profissional Solicitante  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P  
Perm. Máxima (dias)

Procedencia  
Procedimento Solicitado

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )  
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /  
Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
Data da Saída: 10/01/2018 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) ybito

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO: *Fratura Exposta do 5º Q.DT DIREITO*

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL: *Amputação por fratura do 5º Q.DT DIREITO*

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*Paciente vindo de Japarechana por trauma na mão direita (acidente de trabalho), admitido para avaliação e conduta.*

Médico Responsável

*Argemiro de Lima Mendes*  
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALARSistema Único de  
Saúde Ministério  
da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES

232800-3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

4 - CNES

232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PEDRO CESAR LEMOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00111834

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003258645622

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/1952

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

PEDRO CESAR LEMOS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 98136-1685

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 98136-1685

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA. DOM LUIS - 2386 - PROX A ARNOLDO - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JAGUARETAMA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

230670

18 - UF

CE

19 - CPF

63.480-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ata de consulta e exame de  
físico, em 11/06/2018  
depois de 10 dias de  
internação em hospital  
de tratamento de  
doença mental.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Diagnóstico inicial: *Depressão*  
CID 10 principal: *5925*  
CID 10 secundário: *5925*  
CID 10 causas associadas: *5925*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408260042

29 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO

182215039540018

35 - CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/01/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DISSIMULADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SE ENQUADRA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD ORGÃO FISCAL

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IBIA CORRETORA DE SEG. LTD

30 JUL 2018




**HCSA**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**BOLETIM DE OPERAÇÃO**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Peche Cassia Leivas

 DATA: 08 / 01 / 2018

 LEITO: 5.2
**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**
**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**
**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

**ANESTESIA:**
**OPERAÇÃO:**
**CLASSIFICAÇÃO:**

 INÍCIO: 20:30 hrs FIM: 21:30 hrs

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

**O QUE FOI FEITO:**

1) Lit. m. dist. af.  
 2) Am. + (Am. a. MSD)  
 3) Provo. de  
 lip. bípolar  
 4) Provo. de  
 pape. lúdis  
 5) Sólido p.

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

Operador

Auxiliar

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

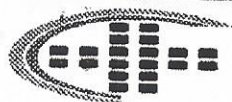
[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

ASS:





**HCSR**  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

**FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Renato Cassio Leal

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
08/07/18		Ata médica e exames em trânsito ao J-01
09/07/18		1ª regularização com amputação de um
10/07/18		alta médica

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

30 JUL. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16B0.




**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**RESUMO DE ALTA**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Pedro Cesar Leoni

 ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: 

 RESUMO CLÍNICO: Realizada amputação cirúrgica de  
amputação parcial do 5º DDT direito.  
Sem intercorrências.  
Evolução satisfatória
**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**
Bt. ~~Amo~~  
12+

 PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia

 TERAPÊUTICA UTILIZADA: 

 ADMISSÃO: 08/01/18 ALTA: 10/01/2018 DIAS INTERN.: 1
**CONDIÇÕES DE ALTA:**

 MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO ( ), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
 INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )

 ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO: 

 DIAGNÓSTICO FINAL: Amputação cirúrgica de 5º DDT direito  
parcial do 5º DDT

 OBSERVAÇÕES: Assinatura do médico

Dr. Aluisio Eduardo Filho

(assinatura)

MÉDICO RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

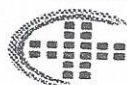
30 JUL. 2018

 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611  
 www.hcsrussas.com.br







 <b>HCSR</b> HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS <i>Uma História Cuidando de Vidas</i> CNPJ: 07.770.001/0001-64	
<b>RECEITUÁRIO</b>	
Nome:	PEDRO CÉSAR VAMOS.
End.:	rua primo.
Atendo por o paciente eime foi subu- tido a cirurgia 1/1 Realização de Amputação Transversal do 5º. Metacarpo do 1º. Dto. Entro- e 26/13/18	
Data:	26/13/18
Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611	

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Jaguarétama

Vara Única da Comarca de Jaguarétama

Rua Riacho de Sangue, 786, CENTRO - CEP 63480-000, Fone: (88) 3576-1161, Jaguarétama-CE - E-mail: jagaretama@tjce.jus.br

**DECISÃO**

Processo nº: **0005827-59.2019.8.06.0106**  
Classe: **Procedimento Comum**  
Assunto: **Seguro**  
Requerente: **Pédro César Lemos**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**Vistos em conclusão.**

Defiro a assistência judiciária gratuita, por estarem preenchidos os requisitos previstos no artigo 98 e seguintes do Novo CPC.

A petição inicial encontra-se na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319, *caput*, I a VI do Novo Código de Processo Civil Brasileiro.

Sendo assim, recebo a petição inicial para os seus devidos fins.

O art. 190 do NCPC aduz que versando o processo sobre direitos que admitam autocomposição, é lícito às partes plenamente capazes estipular mudanças no procedimento para ajustá-lo às especificidades da causa e convencionar sobre os seus ônus, poderes, faculdades e deveres processuais, antes ou durante o processo.

Se é permitido às partes realizar mudanças no procedimento, a fim de ajustá-lo às especificidades do direito material discutido em juízo, com muito mais razão é permitido ao magistrado adotar igual comportamento sempre que for necessário no caso concreto, desde que não haja violação ao contraditório e à ampla defesa.

Em ações de cobrança do seguro DPVAT, é sabido que as seguradoras não costumam realizar transação antes da produção de prova pericial, de modo que a inversão da ordem dos atos processuais encontra supedâneo no art. 139, VI, CPC/15 e no princípio da eficiência (art. 8º, CPC/15 e art. 37, *caput*, CF/88).

Em sendo assim, entendo que apazar a realização de audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do NCPC, além de não trazer nenhum benefício às partes, ante a improbabilidade de acordo no início do feito, alongaria ainda mais a marcha processual.





# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Jaguarétama

Vara Única da Comarca de Jaguarétama

Rua Riacho de Sangue, 786, CENTRO - CEP 63480-000, Fone: (88) 3576-1161, Jaguarétama-CE - E-mail: jaguaretama@tjce.jus.br

Desta feita, dispensei por ora a audiência de conciliação prevista no art. 334 do NCPC e determino que a parte ré seja citada para, querendo, contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias.

Expedientes necessários.

Jaguaretama/CE, data registrada no sistema.

**Sergio Augusto Furtado Neto Viana**

**Juiz Auxiliar**

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

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

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

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

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

Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais.**

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

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



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Jaguaretama

Vara Única da Comarca de Jaguaretama

Rua Riacho de Sangue, 786, CENTRO - CEP 63480-000, Fone: (88) 3576-1161, Jaguaretama-CE - E-mail: jagaretama@tjce.jus.br Jaguaretama

## CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO ONLINE

Processo nº: **0005827-59.2019.8.06.0106**  
 Classe: **Procedimento Comum Cível**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Pédro César Lemos**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) **Dr. RAMON BESERRA DA VEIGA PESSOA**, Juiz Substituto Titular da Vara Única da Comarca de Jaguaretama/CE, conforme disposto no artigo 334 do Código de Processo Civil, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. Para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente.

Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada pela internet no site [www.tjce.jus.br](http://www.tjce.jus.br) informando o número do processo e a senha que segue à margem superior direita, documento pessoal e intransferível, a qual permite total acesso à tramitação processual, sendo considerada vista pessoal, consoante dispõe o § 1º do art. 9º da Lei nº. 11.419/2006, como parte integrante desta carta.

**ANEXOS:** Exordial (págs. 1/4 ); Decisão (págs.38/39 ); Ofício com Senha de acesso aos autos digitais.

**Cátia Silene Coelho da Silva**  
**Supervisora de Unid. Judiciária**

À(o) Senhor(a) Representante  
**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**  
 Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP: 20.031-205  
 Rio de Janeiro/RJ





# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Jaguarétama

Vara Única da Comarca de Jaguarétama

Rua Riacho de Sangue, 786, CENTRO - CEP 63480-000, Fone: (88) 3576-1161, Jaguarétama-CE - E-mail: jaguaretama@tjce.jus.br

## CERTIDÃO

Processo nº: **0005827-59.2019.8.06.0106**  
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum Cível**  
 Assunto: **Seguro**  
**Pédro César Lemos**  
 Requerido **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**CERTIFICA-SE** que em 27/10/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Vistos em conclusão. Defiro a assistência judiciária gratuita, por estarem preenchidos os requisitos previstos no artigo 98 e seguintes do Novo CPC. A petição inicial encontra-se na sua devida forma, atendendo aos requisitos previstos no art. 319, caput, I a VI do Novo Código de Processo Civil Brasileiro. Sendo assim, recebo a petição inicial para os seus devidos fins. O art. 190 do NCPC aduz que versando o processo sobre direitos que admitam autocomposição, é lícito às partes plenamente capazes estipular mudanças no procedimento para ajustá-lo às especificidades da causa e convencionar sobre os seus ônus, poderes, faculdades e deveres processuais, antes ou durante o processo. Se é permitido às partes realizar mudanças no procedimento, a fim de ajustá-lo às especificidades do direito material discutido em juízo, com muito mais razão é permitido ao magistrado adotar igual comportamento sempre que for necessário no caso concreto, desde que não haja violação ao contraditório e à ampla defesa. Em ações de cobrança do seguro DPVAT, é sabido que as seguradoras não costumam realizar transação antes da produção de prova pericial, de modo que a inversão da ordem dos atos processuais encontra supedâneo no art. 139, VI, CPC/15 e no princípio da eficiência (art. 8º, CPC/15 e art. 37, caput, CF/88). Em sendo assim, entendo que aprazar a realização de audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do NCPC, além de não trazer nenhum benefício às partes, ante a improbabilidade de acordo no início do feito, alongaria ainda mais a marcha processual. Desta feita, dispensei por ora a audiência de conciliação prevista no art. 334 do NCPC e determino que a parte ré seja citada para, querendo, contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias. Expedientes necessários. Jaguarétama/CE, data registrada no sistema."

**Jaguaretama/CE, 27 de outubro de 2020.**