



Rodolfo Morais 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:

📞 (88) 9 8101.6080  
📞 (85) 9.8102-6080

✉️ rjaguaretama@hotmail.com

**Escritório 1**

Av. Goverdor 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.



Rodolfo Morais 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 Jaguaretama/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 Morais 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 Morais 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).

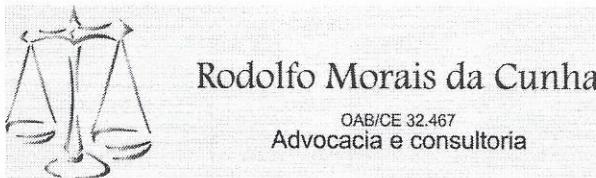
Nestes termos,

Pede deferimento.

Jaguaretama/Ce, 15 de agosto de 2019.

**RODOLFO MORAIS DA CUNHA**

**OAB/CE 32.467**



## 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 Marleneo Alexandre, nº 1049, Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000.

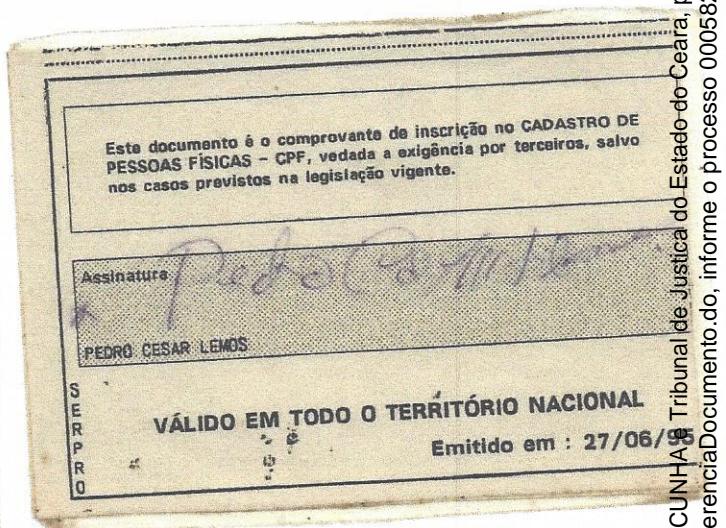
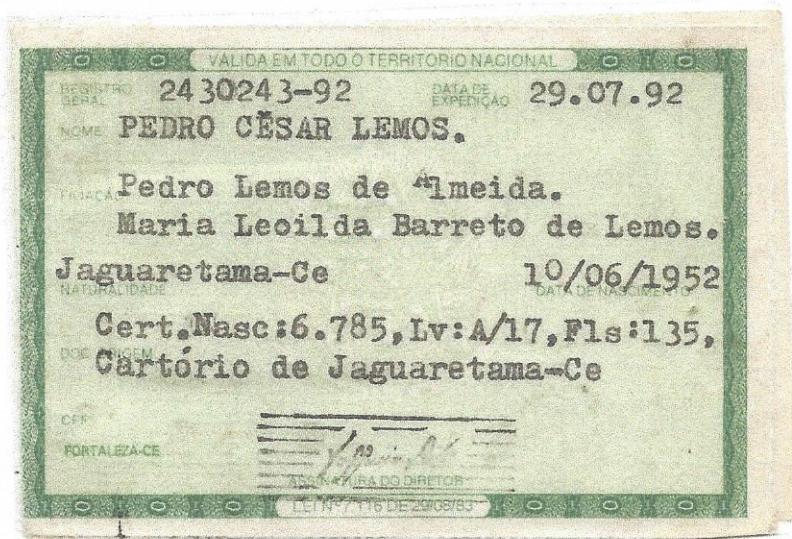
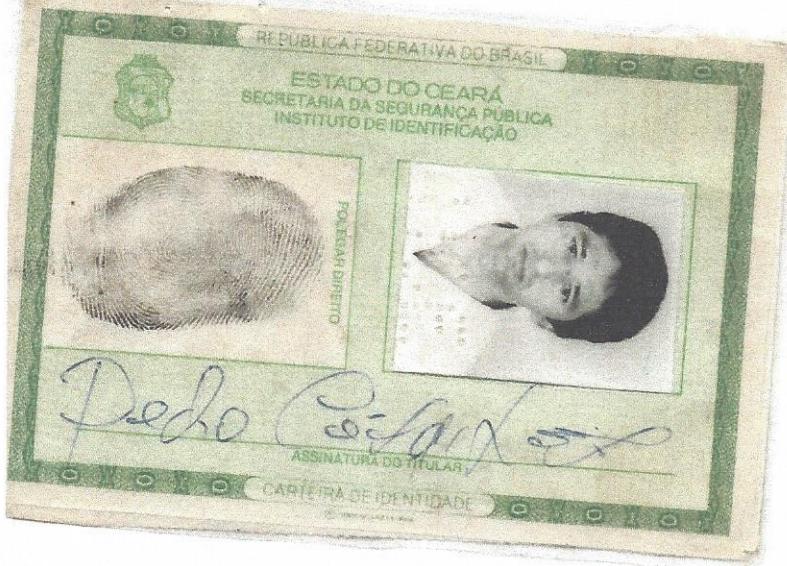
**OUTORGADO: RODOLFO MORAIS DA CUNHA**, brasileiro, solteiro, ADVOGADO, COM INSCRIÇÃO NA OAB/CE nº 32.467, com escritório localizado à Avenida Gov. Manoel de Castro Filho, nº 539, Centro, CEP nº 63.480-000, Jaguaretama – Ceará.

**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



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

**5888997**

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

**CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B / SÉRIE B-4 / N<sup>o</sup> 576025543**

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N<sup>o</sup> 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

**enel**

Rota 18 17020 29 096500 - 5 Data de Emissão 576025543  
Nome ERACLIDES ROBERTO DE LIMA 27/05/2019  
End. Postal RU FRANCISCO ANTONIO PINHEIRO 00424  
Medidor 9611778 JAGARETAMA - JAGUARÉTAMA - 63480000  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 519263183-15 CGF 0000 0000  
Nome do Responsável

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual
SOLONOPOLIS	May/2019	EUSD 15,56	
	Mensal	0,80 P	
	Trim.	10,38	20,77
	Anual	0,00	0,00
	Mensal	0,00	0,00
	Trim.	0,00	0,00
	Anual	0,00	0,00

**ITENS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	DIC	FIC	DMIC
Mai/2019	27/05/2019	26/06/2019	59,69	27,88%	16,11	5,19	3,23	2,94

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
940F, E1CF, 46F1, 48E0, EF46, 247C, 5DED, 5E68

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

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

31 DIAS

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

*Pg 31/05/19*

**VENCIMENTO** 03/06/2019

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

**COMPONENTES DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	22,73
Transmissão	1,80
Distribuição	13,35
Encargos Satoriais	3,63
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	18,78
<b>TOTAL</b>	<b>59,69</b>

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

Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Med. Mai	68	76	66	65	64	70	70	83	72	74	73	58
Med. Mai Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun	55											

**CONSUMO DE ENERGIA E 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 DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO 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. Aliquotas: PIS:0,81% e COFINS:3,67% (Art. 9º Ress. 1º do 2005 - ANEEL 015 n. 10.637-02 e 10.893-03).

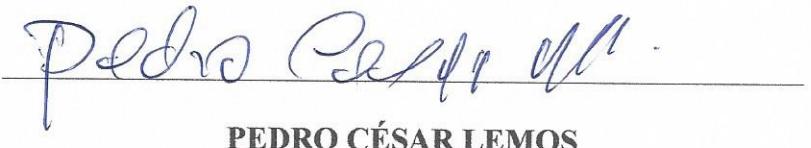
Informamos que a tarifa foi reajustada, em media, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2,500/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19.

**P** do Cliente: 5888997  
**data de Emissão:** 27/05/2019  
**Nº da Nota Fiscal:** 576025543  
**Referência:** Mai/2019  
**Total a Pagar (R\$):** Mai/2019  
**Nº de Controle:** 59,69  
**0005888997 00065 39612 00**

## 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, Jaguaretama/Ce, CEP: 63.480-000, declara para devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, conforme comprovante em anexo.

Jaguaretama- Ce, 29 de julho de 2019.



---

**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:** Jaguaretama      **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
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



**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

m.jaguaretama@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 (2) WhatsApp X +

Apps PDDE Interativo Minha Conta - Rate...

Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

**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

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 N° 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: **JAGUARETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Município: **JAGUARETAMA/CE**

### 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

30 JUL. 2018

ELIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

X rub  
Pág. 1 de 2

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



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018



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

**FICHA DE REFERÊNCIA**



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.

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Pedro Cesar Ferreira

Prontuário Nº

Sexo: M  F

Idade: 65 Anos

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Tel.:

Motivo do Encaminhamento:

TCH vibrar de acha de caminhos resultante  
desenvolvimento do 5º degrado de angina

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Sintomas

Impressão-Diagnóstica:

Angina de esforço de 5º grau

08/01/18

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Função

Data

Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Análise de sangue

Profissional: Transférência

Unidade de Referência:

Data: / / Hora:

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA**

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº.

Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

**LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**

**30 JUL. 2018**

ISS:



## 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.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

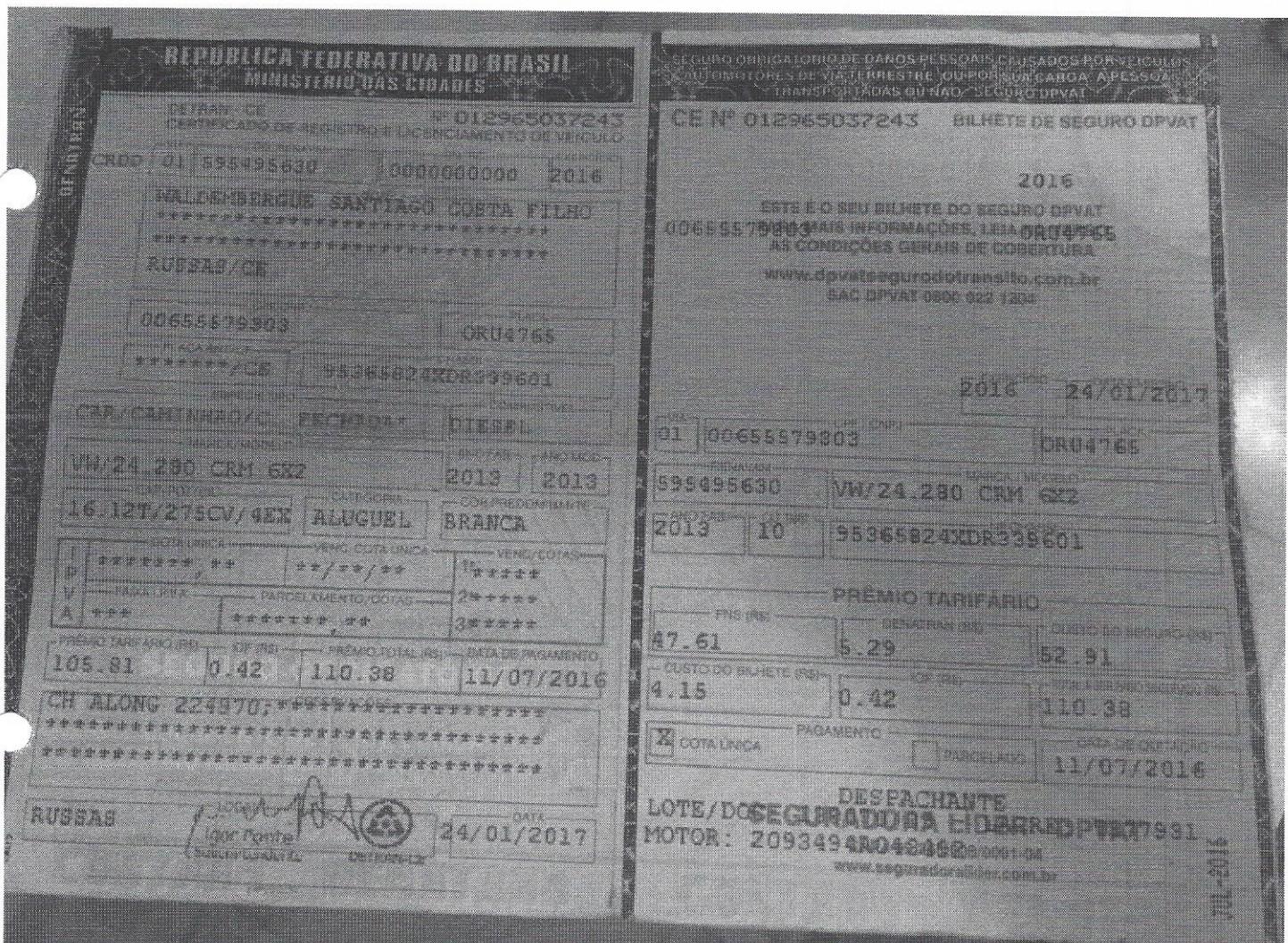
Local e Data

30 JUL. 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## 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
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

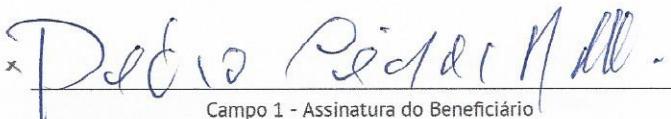
(Informar dígito se existir)

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.

**LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

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

**30 JUL. 2018**



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de  
conta corrente

Data: 29/01/2018 Hora de Brasília (BRT)  
Agência 05138 - MORADA NOVA  
Conta: 0122351-5  
Nome: FERRO CESAR LEMOS  
Tipo Cartão: 1 - Via Cartão de Crédito  
Valor: 20,00  
Ag. Bradesco: 5438 MORADA NOVA  
PAC: 062 MERCADINHO FERRO  
CICERO  
RSU: 029117633026 Autenticação: 31678  
Conservar este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 222 9933

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

<b>Nº DO CLIENTE</b>		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002	
<b>5965123-7</b>		Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040   Fortaleza CE CNPJ 02.047.251/0001-70   CGF 08.105.843-3	
<b>CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE B-4   N° 522512248</b>			
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 - JAGUARÉTAMA - 63480000	
Medidor 756017		Poste 0000 0000	
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO		RG / CPF / CNPJ 766437603-30 CGF	
Nome do Responsável			
<b>DATAS</b>		<b>INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO</b>	
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.
Abr/2018	23/04/2018	23/05/2018	Conjunto SÓLONOPOLIS
<b>ICMS</b>		Mês Fev/2018 EUSD 19,32	
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Refl/0,00 P
99,61	27,00	26,89	Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
<b>ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b>			
4384.2F57.E8E6.727B.1CF9 F17 6BF1			
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO</b>			
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)
FP 6495	5351	1,00	144
23/04/18	22/03/18		32 DIAS
<b>VALOR CONSUMO DO MES</b>			
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 63,70			
MULTA MORATORIA REF 03/2018 9,70			
JUROS DO MES 0,79			
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL 0,20			
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA RENDA 11,60			
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA RENDA 2,17			
<b>VENCIMENTO</b>		<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	
02/05/2018		88,16	
<b>COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO</b>			
Energia	20,34	<b>HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)</b>	
Transmissão	3,49	127	127
Distribuição	13,30	144	144
Encargos Setoriais	3,56	132	132
Tributos (IOMS PIS/COFINS)	32,88	142	142
TOTAL	75,57	155	155
<b>CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)</b>			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )		
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	62,24	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	0,00
Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )	0%	100%	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO</b>			
'PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE DESSETE 04-DIGITE VERIFICADOR.'			
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal			
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA			
30 JUL. 2018			
Consta desta fatura R\$ 5,99 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94% (art. 3º Res. 100/2002 - ANEEL e Leis n. 10.637/01 e 10.932/03).			
Informamos que a tarifa foi reajustada, em media, em 4,96%, conforme Resolução Homologatoria ANEEL n. 2.383/2018, com vigencia de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde em abr-18. Informações: www.aneel.gov.br			



## 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 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 N° 711363393 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO CESAR LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 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	Número	Complemento	
<u>RNA ROBSON RICARDO MACHADO DE LIMA</u>	<u>637</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO</u>	<u>JAGUARETAMA</u>	<u>CE</u>	<u>63480-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>RJAGUARETAMA@HOTMAIL.COM</u>			<u>(88) 98101-6080</u>

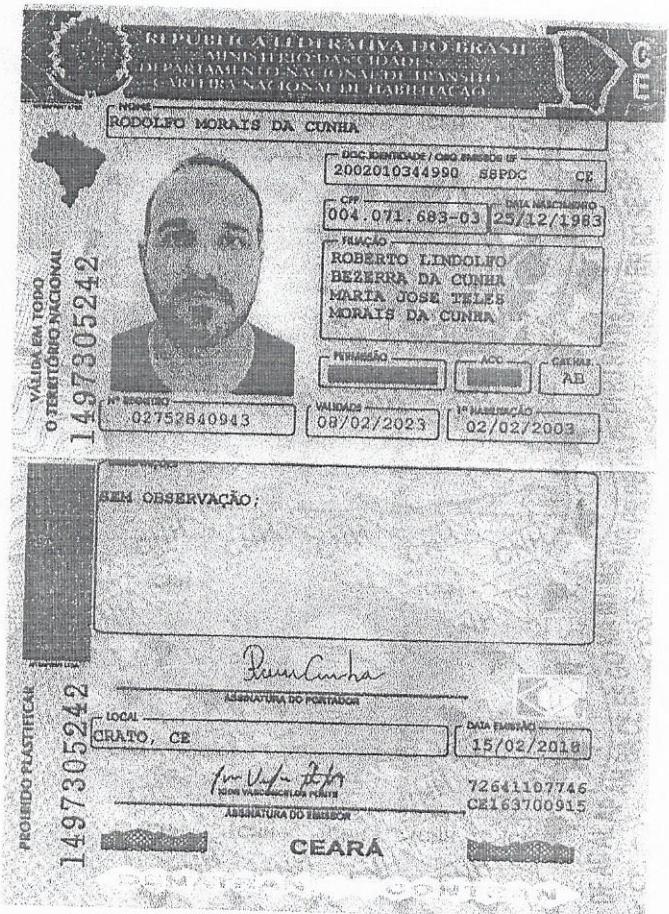
JAGUARETAMA, 24 de JULHO de 2018  
Local e Data

Ronaldo Cunha

Assinatura do Declarante

**LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

30 JUL. 2018



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, Jaguaretama-CE, declara para os devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, **conforme comprovante em anexo**.

Jaguaretama, Ce, 25 de agosto de 2018.



**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

Nome completo da vítima

711.363.393-53

PEDRO CESAR LEMOS

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

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

 **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
05438		01273515	

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

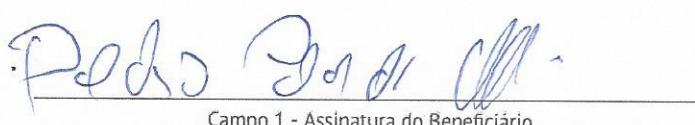
BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

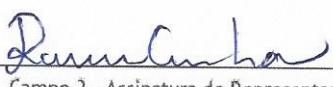
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de  
conta poupança

Data: 25/08/2018 Hora de Brasília 02:58  
Agencia: 05438 - MORADA NOVA  
Conta : 0127351-5  
Nome : PEDRO CESAR LEMOS  
Tipo Cartao 2 Vía Cartao: 01  
Valor : 80.00  
Ag. Bradesco : 5438 - MORADA NOVA  
PACB : 062 - MERCADINHO PADRE  
CICERO  
NSU: 029683857884 Autenticacao: 804163  
Conserve este Recibo

OUVIDORIA 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:**

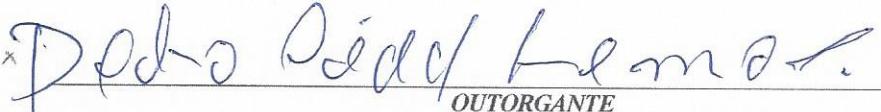
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ADVOGADO		Carteira de Identidade: 200201034499-0
CPF nº: 004.071.683-03	Endereço: AV. GOV. MANOEL DE CASTRO FILHO, 539		
Bairro: CENTRO	Cidade: JAGUARETAMA	Estado: CEARÁ	CEP: 63480-000

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)

  
**RODOLFO MORAIS DA CUNHA**

30 JUL. 2018

## -- Extrato de Conta Corrente --

PEDRO CESAR IRMOS 01.1988  
AGÊNCIA 5436-100-2515 27/03/2019

## DISPONÍVEL

- TOTAL DISPONÍVEL 649,35  
+ CONTA EASY (C/C. + POU) 619,42

TOTAL DE RECURSOS 649,35

SALDO DISP. P/INVEST. 649,35

## LIMITES DE CRÉDITO

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

## MOVIMENTACAO CORRENTE 01/03/2019 - 27/03/2019

DATA HISTÓRICO	N. DOCTO	VALOR
15 SALDO ANTERIOR		34,15
22 CRÉDITO DO INSS 025948		683,62
S A L D O		649,42
25 SAQUE CARTAO CB 5438062		9,18
ESPECIE		
SAQUE CARTAO CB 5438062		40,00
ESPECIE		
SAQUE CARTAO CB 5438062		600,00
ESPECIE		
S A L D O		0,42
MARÇO/ 2019		
06 CART CRED ANNUD 1700005		12,50
TOP UTIL. LIMITE 3255646		0,16
S A L D O		12,19
11 ENC LIM CRÉDITO 3795646		1,88
ENCARGO 14 317		
S A L D O		14,02
15 TIRADA BANCARIA 01/2019		20,20
CESTA B. EXPRESSO2		
S A L D O		34,22
25 CRÉDITO DO INSS 025948		683,62
SALDO TOTAL		649,35

BENEFICIOS DE SALDOS E REAJUSTAMENTOS  
NOVA POUPANÇA DEPOIS A PARTIR DE 4/5/12

DATA DO	SALDO EM	BENEFICIOS(S)
ANTERIORSATO 25/03/2019		
25	0,00	0,00
22	0,00	0,00
TOTAL		0,00
IN CHQ. ESP.	19,317 A M 392,757 A A	
OCTO	01/04/2019	

Ag. Bradesco 5122 MURIBA HORA  
Corresp. Banc. 062 MERCADINHO PADRE  
CICERO  
NºU 002679643-86 Autentificação 932891

MULTIBANCO

Guarde Atendimento (3)

38

1800229791

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

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

**SUS - SUS**

Professional: ANTONIO  
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

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  
Nº da Carteira: MARIA LEOLIDA BARRETO DE LEMOS

Validade: 08/01/2018 12:42:17

Pai: PEDRO LEM DE ALMEIDA

Conselho: Consulta: URGENCIA

Sexo: M DN: 10/06/1952 - 65 A 6 M 28 D Est. Civil: Solteiro(a)

CNS: 89800325845622 CPF: 711.363.393-53 Identidade: 243024392 - SSP/CE

Ocup.: AGRICULTOR

Raca/Cor: PARDA

Sis/Pre/Natal:

Peso: KG. Temp: °C. P.A. mmHg D. X.

Classificação de Risco:  VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

Condução: Anotações de Outros Profissionais

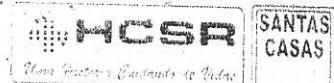
Diagnóstico: *Fratura de fíbula*

*Assinatura e Cármbio*

*Assinatura do Paciente ou Responsável*

Atendimento: 1800229791

Registrado por: maria.aubetiza



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

1800229792	08/01/2018 13:03:03	GUIA DE ADMISSÃO ( )	GUIA DE ATENDIMENTO ( )	TRAUMA/CIRÚRGICO-02.005.003
Paciente		Nascimento	CNS	CPF
00111834 - PEDRO CESAR LEMOS		10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D 898003258645622		711.363.393-53
Documento		Raça/Cor	Escolaridade	Ocupação
Identidade - 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992	Sexo M	Solteiro(a)	Parda -	AGRICULTOR
Endereço		Contatos	CEP	Complemento
RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE		(88) 98136-1685	63.480-000	PROX A ARNOLDO
Naturalidade		Pai		SisPreNatal
JAGUARETAMA - CE		PEDRO LEMOS DE ALMEIDA		
Mãe				
MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS				
Plano - Convênio	Carteira	Validade	Autorização	
SUS - SUS				
Caráter de Atendimento	Procedencia	Especialidade	Profissional Solicitante	
Urgência		TRAUMA/ORTOPEDIA	ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P	
CID Principal	Procedimento Solicitado		Perm. Máxima (dias)	

## ANOTATIÉES 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 ( )Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Protruso Exposto do 5º D. DT DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

Protruso Exposto do 5º D. DT DIREITO

OPERAÇÃO

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Paciente Vizinho de Jaguaretama por ( )  
na praia direita (residente Jaguaretama)  
Admitido para avaliação e consulta

Médico Responsável

Diretor Responsável

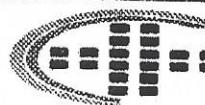
Assinatura de Bem Bem

Paciente ou Responsável

LÍBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO LTDA

30 JUL. 2018





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

*Uma História Cuidando de Vidas*

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

### BOLETIM DE OPERAÇÃO

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro Henrique Lemos

DATA: 03/03/2018

LEITO: 5.2

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Refluxo 2000  
antecesão do 5-000*

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

#### ANESTESIA:

*Blane Muul*

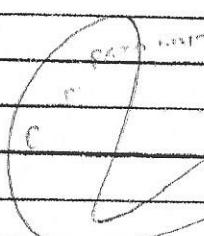
#### OPERAÇÃO:

*Myotomia Turgitox  
do 5-000*

#### CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 20:50hs FIM: 21:10hs

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



CRM-6193

CRM-6193

CRM-6193

Operador

Auxiliar

Dra. Teresinha Palma  
CRM-6193

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO N° 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

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

**LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**30 JUL. 2018**

ASS:



### FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: *Pedro casan teun*

#### DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
09/01/18		<i>alti turbul e nycthem</i>
10/01/18		<i>evi mutatio in 5-01-18</i>
11/01/18		<i>je po regulares estom</i>
12/01/18		<i>omptos duds m</i>
13/01/18		<i>alta dnycthem</i>
14/01/18		
15/01/18		
16/01/18		
17/01/18		
18/01/18		
19/01/18		
20/01/18		
21/01/18		
22/01/18		
23/01/18		
24/01/18		
25/01/18		
26/01/18		
27/01/18		
28/01/18		
29/01/18		
30/01/18		
31/01/18		
01/02/18		
02/02/18		
03/02/18		
04/02/18		
05/02/18		
06/02/18		
07/02/18		
08/02/18		
09/02/18		
10/02/18		
11/02/18		
12/02/18		
13/02/18		
14/02/18		
15/02/18		
16/02/18		
17/02/18		
18/02/18		
19/02/18		
20/02/18		
21/02/18		
22/02/18		
23/02/18		
24/02/18		
25/02/18		
26/02/18		
27/02/18		
28/02/18		
29/02/18		
30/02/18		
31/02/18		
01/03/18		
02/03/18		
03/03/18		
04/03/18		
05/03/18		
06/03/18		
07/03/18		
08/03/18		
09/03/18		
10/03/18		
11/03/18		
12/03/18		
13/03/18		
14/03/18		
15/03/18		
16/03/18		
17/03/18		
18/03/18		
19/03/18		
20/03/18		
21/03/18		
22/03/18		
23/03/18		
24/03/18		
25/03/18		
26/03/18		
27/03/18		
28/03/18		
29/03/18		
30/03/18		
31/03/18		
01/04/18		
02/04/18		
03/04/18		
04/04/18		
05/04/18		
06/04/18		
07/04/18		
08/04/18		
09/04/18		
10/04/18		
11/04/18		
12/04/18		
13/04/18		
14/04/18		
15/04/18		
16/04/18		
17/04/18		
18/04/18		
19/04/18		
20/04/18		
21/04/18		
22/04/18		
23/04/18		
24/04/18		
25/04/18		
26/04/18		
27/04/18		
28/04/18		
29/04/18		
30/04/18		
31/04/18		
01/05/18		
02/05/18		
03/05/18		
04/05/18		
05/05/18		
06/05/18		
07/05/18		
08/05/18		
09/05/18		
10/05/18		
11/05/18		
12/05/18		
13/05/18		
14/05/18		
15/05/18		
16/05/18		
17/05/18		
18/05/18		
19/05/18		
20/05/18		
21/05/18		
22/05/18		
23/05/18		
24/05/18		
25/05/18		
26/05/18		
27/05/18		
28/05/18		
29/05/18		
30/05/18		
31/05/18		
01/06/18		
02/06/18		
03/06/18		
04/06/18		
05/06/18		
06/06/18		
07/06/18		
08/06/18		
09/06/18		
10/06/18		
11/06/18		
12/06/18		
13/06/18		
14/06/18		
15/06/18		
16/06/18		
17/06/18		
18/06/18		
19/06/18		
20/06/18		
21/06/18		
22/06/18		
23/06/18		
24/06/18		
25/06/18		
26/06/18		
27/06/18		
28/06/18		
29/06/18		
30/06/18		
31/06/18		
01/07/18		
02/07/18		
03/07/18		
04/07/18		
05/07/18		
06/07/18		
07/07/18		
08/07/18		
09/07/18		
10/07/18		
11/07/18		
12/07/18		
13/07/18		
14/07/18		
15/07/18		
16/07/18		
17/07/18		
18/07/18		
19/07/18		
20/07/18		
21/07/18		
22/07/18		
23/07/18		
24/07/18		
25/07/18		
26/07/18		
27/07/18		
28/07/18		
29/07/18		
30/07/18		
31/07/18		
01/08/18		
02/08/18		
03/08/18		
04/08/18		
05/08/18		
06/08/18		
07/08/18		
08/08/18		
09/08/18		
10/08/18		
11/08/18		
12/08/18		
13/08/18		
14/08/18		
15/08/18		
16/08/18		
17/08/18		
18/08/18		
19/08/18		
20/08/18		
21/08/18		
22/08/18		
23/08/18		
24/08/18		
25/08/18		
26/08/18		
27/08/18		
28/08/18		
29/08/18		
30/08/18		
31/08/18		
01/09/18		
02/09/18		
03/09/18		
04/09/18		
05/09/18		
06/09/18		
07/09/18		
08/09/18		
09/09/18		
10/09/18		
11/09/18		
12/09/18		
13/09/18		
14/09/18		
15/09/18		
16/09/18		
17/09/18		
18/09/18		
19/09/18		
20/09/18		
21/09/18		
22/09/18		
23/09/18		
24/09/18		
25/09/18		
26/09/18		
27/09/18		
28/09/18		
29/09/18		
30/09/18		
31/09/18		
01/10/18		
02/10/18		
03/10/18		
04/10/18		
05/10/18		
06/10/18		
07/10/18		
08/10/18		
09/10/18		
10/10/18		
11/10/18		
12/10/18		
13/10/18		
14/10/18		
15/10/18		
16/10/18		
17/10/18		
18/10/18		
19/10/18		
20/10/18		
21/10/18		
22/10/18		
23/10/18		
24/10/18		
25/10/18		
26/10/18		
27/10/18		
28/10/18		
29/10/18		
30/10/18		
31/10/18		
01/11/18		
02/11/18		
03/11/18		
04/11/18		
05/11/18		
06/11/18		
07/11/18		
08/11/18		
09/11/18		
10/11/18		
11/11/18		
12/11/18		
13/11/18		
14/11/18		
15/11/18		
16/11/18		
17/11/18		
18/11/18		
19/11/18		
20/11/18		
21/11/18		
22/11/18		
23/11/18		
24/11/18		
25/11/18		
26/11/18		
27/11/18		
28/11/18		
29/11/18		
30/11/18		
31/11/18		
01/12/18		
02/12/18		
03/12/18		
04/12/18		
05/12/18		
06/12/18		
07/12/18		
08/12/18		
09/12/18		
10/12/18		
11/12/18		
12/12/18		
13/12/18		
14/12/18		
15/12/18		
16/12/18		
17/12/18		
18/12/18		
19/12/18		
20/12/18		
21/12/18		
22/12/18		
23/12/18		
24/12/18		
25/12/18		
26/12/18		
27/12/18		
28/12/18		
29/12/18		
30/12/18		
31/12/18		
01/01/19		
02/01/19		
03/01/19		
04/01/19		
05/01/19		
06/01/19		
07/01/19		
08/01/19		
09/01/19		
10/01/19		
11/01/19		
12/01/19		
13/01/19		
14/01/19		
15/01/19		
16/01/19		
17/01/19		
18/01/19		
19/01/19		
20/01/19		
21/01/19		
22/01/19		
23/01/19		
24/01/19		
25/01/19		
26/01/19		
27/01/19		
28/01/19		
29/01/19		
30/01/19		
31/01/19		
01/02/19		
02/02/19		
03/02/19		
04/02/19		
05/02/19		
06/02/19		
07/02/19		
08/02/19		
09/02/19		
10/02/19		
11/02/19		
12/02/19		
13/02/19		
14/02/19		
15/02/19		
16/02/19		
17/02/19		
18/02/19		
19/02/19		
20/02/19		
21/02/19		
22/02/19		
23/02/19		
24/02/19		
25/02/19		
26/02/19		



## RESUMO DE ALTA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Pedro Henrique

ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO:

RESUMO CLÍNICO: Reagigante à amigdala, paroxsismo de amigdala, paroxsismo de 6º DDT direito. Sint. intensamente. Evolução: Solitário.

### EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Bn. clínica  
Rx

07.770.001-64  
HCSR  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSAS

PROCEDIMENTO REALIZADO: Liturgia

TERAPÉUTICA 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: Leucite crônica b15 anexa e tuberculosa  
reac. da 5200

OBSERVAÇÕES: Alimentação normal

Dr. Aluisio Guedes Filho  
Médico Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018




  
**HCSR**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
*Uma História Cuidando de Vidas*  
 CNPJ: 07.770.001/0001-64

**RECEITUÁRIO**

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS  
 End.: rua primis  
 Até qm qm o paciente  
 enme foi ubu-  
 tilo q eimpi  
 11 Registros de  
 Amplaos Traustros  
 do sr. Quatell  
 de ms Ds  
 Entro qm  
 26 Ats bffitam  
 Data: 26/07/18  
 Medico: CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE  
 Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**30 JUL. 2018**



# 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: jaguaretama@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 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.



# 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: jaguaretama@tjce.jus.br

Desta feita, dispenso 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: jaguaretama@tjce.jus.brJaguaretama

## 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 (pág. 1/4 ); Decisão (pág.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 Jaguaretama

Vara Única da Comarca de Jaguaretama

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

## CERTIDÃO

Processo nº:	<b>0005827-59.2019.8.06.0106</b>
Apensos:	<b>Processos Apensos &lt;&lt; Informação indisponível &gt;&gt;</b>
Classe:	<b>Procedimento Comum Cível</b>
Assunto:	<b>Seguro</b>
	<b>Pédro César Lemos</b>
Requerido	<b>Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT</b>

**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, dispenso 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.".

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