



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Novo Oriente
Processo:	02000360220238060134
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	03/07/2023 09:52:41

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2883940_JUNTADA_DE_DO CS_04 - 1-2.pdf
Documentação:	2883940_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 1.pdf
Documentação:	2883940_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_03 - 1.pdf
Documentação:	2883940_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_04 - 1-7.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOVO ORIENTE/CE

Processo: 02000360220238060134

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO THIAGO VIEIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NOVO ORIENTE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220054802

Vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030568/22

Vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

CPF: 042.498.213-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO
VIEIRA OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA : 042.498.213-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220054802

Vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.498.213-74 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA 6 - CPF: 042.498.213-74
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CAPITÃO RODRIGO 9 - Número: 245 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVO ORIENTE 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.740-000
15 - E-mail: dantasdenilson77@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 9.96232760

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0747 CONTA: 832658582 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVO ORIENTE - CE, 08 DE NOVEMBRO DE 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 20221500536

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 443 / 2022****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/11/2022 11:40:29**Data / Hora da Ocorrência: **27/04/2020 19:00:00**Endereço da Ocorrência: **AV TEREZINHA COELHO CEP: 63.740-000, VILA FELIZ - NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA**Nascimento: **14/12/1989** CPF: **042.498.213-74**RG: **2002015090601**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Identidade de Gênero: **HOMEM CIS**Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**Filiação: **JOANA VIEIRA DE ARAUJO OLIVEIRA****FRANCISCO VILMAR DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 245**Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **NOVO ORIENTE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(08) 83629-1255**

Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSG4142** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C6KE1520C0118516** Renavam: **527208876** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o noticiante que compareceu a esta Delegacia para registrar ocorrência de acidente automobilístico para fins de recebimento do Seguro DPVAT. Relata que, em 27 de abril de 2020, por volta de 19h00min, trafegava em seu veículo YAMAHA FACTOR YBR125 PLACA OSG4142, quando envolveu-se num acidente. Relata que vinha trafegando na Avenida Terezinha Coelho, Bairro Vila Feliz, quando colidiu frontalmente com uma vaca que atravessou repentinamente a pista. Que em virtude do sinistro, fraturou os dois braços, uma costela e teve uma torção testicular. Afirma que foi socorrido por um popular, que o levou para o Hospital Municipal Dr. José Maria Fernandes Leitão, em Novo Oriente, de onde foi encaminhado no dia seguinte para o Hospital São Lucas em Crateús, para realização dos procedimentos curativos. Informa que, em virtude do sinistro, ficou cerca de dois meses com dificuldade de deslocamento, com sequelas até o presente momento. E nada mais disse.

As testemunhas DIEGO OLIVEIRA DE MACEDO, RG 99098076077 SSPCE e JULIO CÉSAR FERNANDES DA SILVA, RG 624056788 SSPSP confirmam a

x po Thiago

x Diego
x Julio Cesar



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 443 / 2022

ocorrência do sinistro para todos os fins legais.

O(a) noticiante e as testemunhas estão cientes de que as informações prestadas são de sua inteira responsabilidade e que a falsidade destas pode caracterizar o crime elencado nos arts. 339 e 340 do Código Penal Brasileiro.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____


Lucas Timbó Bezerra - MAT.: 30004507

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: por Thiago Vitorino Azevedo

VISTO DO(A) DELEGADO(A): _____

BEATRIZ MATOS PESSOA - MAT.: 79111643

< Diego Oliveira da Macedo
< Julio Cesar Fernandes da Silva

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.



Companhia Energética de Santa
Rita-Pedro Vermelho, 600
Fátima - CE - CEP: 63740-000
CNPJ: 07.247.211/0001-70 - CDP: 05.305.845-3
DOCUMENTO ADICIONAR NA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

CLASSIFICAÇÃO DA ENERGIA COMERCIALIZADA	Tipo de fornecimento
B1 RESIDENCIAL - Residencial - NT002U01 - 16010 - 4377309 - CPN-308	Monofásico
JOANA VIEIRA DE ARAUJO OLIVEIRA RU CAP RODRIGO, 245 CENTRO, NOVO ORIENTE, CE CEP: 63740-000 CPF: ***157.051** - INSC. EST.: ISENTO	Nº DO CLIENTE 533897
	Nº DO CLIENTE 533897

PERÍODO DE REFERÊNCIA	PERÍODO DE VIGÊNCIA	TOTAL A PAGAR
11/2022	11/11/2022	R\$ 218,57

INFORMAÇÕES FISCAL	
	NOTA FISCAL N 037672637 - SERIE UNICA / DATA DE EMISSÃO: 05/11/2022 EMITIDO EM CONTINGÊNCIA - Pendente de Autorização Consulte pela Chave de Acesso em: http://dfe-portal.sefazvirtual.rs.gov.br/NF3eConsulta chave de acesso: 2322 1107 0472 5100 0170 6600 0037 6726 3720 4065 1092 Protocolo de autorização: 0000000000000000 - ss CFOP 5258: VENDA DE ENERGIA ELÉTRICA A NÃO CONTRIBUINTE Data de apresentação: 05/11/2022

MENSAGENS IMPORTANTES	
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 07/10 - 05/11 Bandeira verde em novembro/22, sem custos adicionais na fatura. Informações: www.aneel.gov.br	

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	06/10/2022	05/11/2022	30	06/12/2022

DECOMPOSIÇÃO DO FATURAMENTO									
Itens de Fatura	Unid	Qtd	Preço un (R\$)	Valor (R\$)	PIS/COFINS	BC ICMS (R\$)	Aliq ICMS%	ICMS	Taxa un. R\$
Energia Abas Fatorada TE	kWh	216	0,28347	61,23	2,43	0,00	20,00	16,56	0,26661
Energia Abas Fatorada TUSU	kWh	216	0,25371	54,80	2,20	13,56	20,00	22,18	0,41373
CP Rem Pub Pref Municipal			0,00000	17,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
Juros Moratórios			0,00000	1,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
SUBTOTAL FATURAMENTO:				135,94					
SUBTOTAL OUTROS:				82,63					
TOTAL:				218,57	5,63	34,56		38,74	

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO:									
N Medidor	R.MoratórioSeg	Data Leit	Leitura	Data Leit	Leitura	Fator	Consumo	Dias	
4377309-CPN-308	HTF	07/OUT	20195	05/NOV	20195	1	216	30	

Tipos Fat: LID - Lido; MED - Média de consumo; MIN - mínimo faturável; AUT - Autoleitura									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSUMO (kWh)				TAXAS			
Mês	Med	Unid	Tipo	ICMS	ICMS	ICMS	VALOR R\$
MEI01	210	30	LID	0,00	0,00	0,00	28,74
NOV22	216	30	LID	0,00	0,00	0,00	1,03
OUT22	206	31	LID	0,00	0,00	0,00	4,78
SET22	194	29	LID				
AUG22	211	30	LID				
JUL22	227	32	LID				
JUN22	209	29	LID				
MAR22	213	30	LID				
FEV22	225	31	LID				
DEZ21	208	29	LID				
NOV21	230	30	LID				
OUT21	249	32	LID				
SEP21	224	30	LID				

DADOS DE MEDIÇÃO						
Medidor	Gravador	Leitura	Medição	Fator	Consumo	
4377309-CPN-308	ENERGIA ATIVA - 308	HTF	38.963	20.185	1,00	216

NOTIFICAÇÃO DE CONTINGÊNCIA	
Novo modelo de Nota Fiscal de Energia Elétrica nos termos do Ajuste Sinef 01/2019 (CONFAC)	

NOTA FISCAL EMISSÃO PÚBLICA EM RUA RUAIS	NOTA FISCAL EMISSÃO PÚBLICA EM RUA RUAIS
PREFEITURA MUNICIPAL NOVO ORIENTE	PREFEITURA MUNICIPAL NOVO ORIENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030568/22

Vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

CPF: 042.498.213-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO
VIEIRA OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA : 042.498.213-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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