



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201984101529
Número Único: 0003150-27.2019.8.25.0074
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 29/08/2019
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ABEL SILVA DE ANDRADE
Endereço: POVOADO MATA DO PERU
Complemento: PRÓXIMO À ESCOLA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SIMAO DIAS - Estado: SE - CEP: 49480000
Advogado: ULISSES RODRIGUES DOS SANTOS 6157/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201984101529

DATA:

29/08/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201984101529, referente ao protocolo nº 20190829110201850, do dia 29/08/2019, às 11h02min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____
VARA CÍVEL E CRIMINAL DA COMARCA DE SIMÃO DIAS - SERGIPE**

ABEL SILVA DE ANDRADE, brasileiro, casado, lavrador, portador do RG nº 1.570.898 SSP/SE e CPF 010.058.445-42, residente e domiciliada no Povoado Mata do Peru, Zona Rural do Município de Simão Dias /SE, vem, mui respeitosamente perante Vossa Excelência, por conduto de seu advogado que esta subscreve (mandato incluso), ajuizar a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C INDENIZAÇÃO POR
DANO MORAL**

contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelas razões fáticas e jurídicas a seguir delineadas:

I - DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Arrimado no dispositivo constitucional insculpido no art. 5º, LXXIV e no art. 98 e seguintes do CPC, à autora vem, perante Vossa Excelência, rogar pela concessão do benefício da **Assistência Judiciária Gratuita**, visto que é pobre na forma da lei, não tendo condições econômicas para arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios, sem colocar em risco a sua manutenção e de sua família.



II - DOS FATOS

No dia 14/07/2015, o autor conduzia sua motocicleta no povoado Saco Grande, zona rural deste Município, quando bateu em um animal, vindo a cair, sofrendo FRATURAS NA FACE, conforme laudo médico anexo.

Em abril de 2016, o requerente enviou sua documentação via correios para SEGURADORA LÍDER DPVAT, para retirada do valor do seguro DPVAT.

Ocorre que o pedido de indenização do seguro DPVAT do autor foi cancelado, apesar daquele ter enviado toda a documentação exigida.

O autor enviou toca a documentação original, somente ficando com a cópia, o que impossibilita de realizar um novo pedido administrativamente.

O fato é que o autor tem direito a receber o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), recorrendo à presente demanda judicial, com o intuito de receber o aludido valor.

DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Verifica-se no caso em tela que a conduta do requerido foi no mínimo negligente, uma vez que ocasionou prejuízo material e moral a requerente, tendo esta que se socorrer da presente ação visando à reparação dos danos suportados.

DO DANO MORAL

A garantia da indenização do dano moral é absolutamente pacífica tanto na doutrina quanto na jurisprudência. Tamanha é sua importância, que ganhou texto na Carta Magna, no rol do artigo 5º, incisos V e X, dos direitos e garantias fundamentais. Faz-se oportuna transcrição:



Inciso V: é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

Inciso X: são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

No mesmo sentido prevê o Código Civil:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Para o recebimento da indenização por invalidez permanente prevista no Seguro DPVAT o postulante deverá apresentar documentos capazes de demonstrar o fato, o dano dele resultante e sua qualidade de beneficiário.

Neste caso, vejamos o que rege o art. 5º, §1º, alínea "b", da lei 6.174/74:

Art . 5º 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 de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (*redação dada pela Lei 8441/92*)

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; (*Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992*)

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

Além desses documentos, a referida lei também exige que para a comprovação da invalidez permanente é necessário apresentação de laudo médico caracterizando a debilidade permanente.

Seguindo essa orientação o postulante, enviou a documentação necessária para uma representante da requerida, no entanto, está solicitou alguns



documentos e, o autor ao tentar levar descobriu que a representante da seguradora quereria fechado as portas, sem ao menos devolver os documentos do autor.

Resta, portanto, visível a má-fé da seguradora requerida, suficiente para ofender os valores mais íntimos daquele que busca tão-somente algo que lhe é assegurado por lei.

Nossos Tribunais têm sido exemplares diante de situações com esta:

A recalcitrância das Seguradoras, no cumprimento de seu dever de indenizar na forma estabelecida na referida lei, causa nos interessados no recebimento da indenização evidentes constrangimentos, que caracteriza o dano moral (TJRJ – 15ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 7.601/02 – Relator Des. Nilton Mondego de Carvalho Lima – Decisão em 19/06/2002). (grifo nosso)

A resistência da Seguradora em pagar o seguro, impondo exigências injustificáveis e não estabelecidas na lei, caracteriza má-fé, ensejando danos morais (TJRJ – 17ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 2002.001.26780 – Relator Des. José Geraldo Antonio – Decisão em 16/01/2003). (grifo nosso)

Em consonância com os argumentos transcritos, faz jus o autor ao recebimento de uma indenização que seja capaz de compensar o dano moral sofrido, devido ao comportamento indevido da seguradora.

LEGITIMIDADE PASSIVA “AD CAUSAM” DE QUALQUER SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT

Tem entendido os nossos Tribunais que todas as seguradoras integrantes do convênio DPVAT, podem responder as ações de cobrança do seguro obrigatório por si só, pois a representação não é obrigatória, conforme podemos observar no seguinte julgado:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA.



AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL. (...) 2. **Qualquer seguradora que opera no sistema pode ser açãoada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso.**

Precedentes". (STJ, AgRg no Ag 870091/RJ, Quarta Turma, rel. Min. João Otávio de Noronha, j. 20/11/2007).

"DIREITO CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO. VEÍCULOS IDENTIFICADOS. LEGITIMIDADE PASSIVA.

SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. DPVAT. ILEGITIMIDADE PASSIVA. INOCORRÊNCIA. **LEGITIMIDADE DE QUALQUER SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÉNIO.** CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO A QUO. DATA PREVISTA NA SENTENÇA. RECURSO DE APelação DESPROVIDO. AC AC 7407563 PR 0740756-3, Relator(a): Albino Jacomel Guerios, Julgamento: 05/05/2011, Órgão Julgador: 10ª Câmara Cível.

QUANTO AOS JUROS

No que diz respeito aos juros moratórios, estes devem incidir a partir da citação, de acordo com a SELIC, conforme o disposto no art. 406 do Código Civil c/c a Lei 9.250/1995.

Neste sentido, merece destaque a súmula nº 426 do STJ: "Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação".

DA AUDIÊNCIA DE CONCiliação

Nos termos do art. 334, § 5º do Código de Processo Civil, o autor desde já manifesta, pela natureza do litígio, desinteresse em autocomposição.

III - REQUERIMENTOS

Diante do exposto requer:



a) o benefício da **Assistência Judiciária Gratuita**, por ser pobre na forma da lei, não tendo condições econômicas para arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios, sem colocar em risco a sua manutenção e sobrevivência de sua família;

b) Seja a Requerida - **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, citada na forma da lei, para querendo, apresentar resposta tempestivamente, sob pena de se sujeitar aos efeitos da revelia

c) Seja condenando a Requerida a pagar ao Requerente a importância **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente ao seguro DPVAT, bem como **indenização por dano Moral no importe de R\$ 8.000,00 (oito mil reais)**;

d) Por fim, seja a demandada condenada ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, a serem fixado por este r. Juízo;

Nos termos do art. 334, § 5º do Código de Processo Civil, o autor desde já manifesta, pela natureza do litígio, desinteresse em autocomposição.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas pelo direito, em especial pela juntada de documentos, oitiva de testemunhas e realização de perícia médica.

Dá-se a causa o valor de R\$ 21.500,00 (vinte e um mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

Simão Dias - SE, 29 de agosto de 2019.

Ulisses Rodrigues dos Santos
OAB/SE 6.157



PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: ABEL SILVA DE ANDRADE, brasileiro, lavrador, portador do RG 1.570.898 SSP SE e CPF 010058445-42, residente e domiciliado no Povoado Mata do Peru, s/n, município de Simão Dias/SE, CEP: 49.480-000.

OUTORGADOS: ULISSES RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, OAB/SE 6157.

PODERES: Os mais amplos e ilimitados, inclusive os inerentes à cláusula **AD JUDITIA** e **EXTRA JUDITIA** para, *in solidum* ou conjuntamente, promover a defesa dos seus direitos e interesses, na forma do art. 105 do Código de Processo Civil, os da parte final inclusive, podendo o outorgado, em nome do referido outorgante, promover ações, contestar, variar, interpor recursos, acompanhar em qualquer grau de jurisdição, receber citação e intimação, proporem as competentes ações contra terceiros, e destes defendê-lo nas contrárias, na condição de autor, réu, assistente ou opONENTE, **COM COMPETÊNCIA EXPRESSA PARA** acordar, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir e renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromissos e prestar declarações, inclusive as primeiras e as últimas, concordar ou discordar de propostas formuladas em audiências ou fora dela, podendo ainda, requerer instaurações de Inquéritos Policiais, substabelecer este mandato a outrem, com ou sem reserva de poderes, efetuar levantamentos de qualquer natureza, representar o outorgante em repartições, órgãos e autarquias públicas Federais, Estaduais ou Municipais, podendo inclusive patrocinar a defesa em contencioso administrativo, em qualquer instância, fazer a representação junto a empresas privadas, ratificar atos praticados em nome do outorgante, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, e tudo mais que se fizer necessário ao fiel cumprimento deste mandato, admitindo-se todos os atos praticados como bom, firme e valioso, especialmente para propor

Simão Dias/SE, 05 junho de 2018.

ABEL SILVA DE ANDRADE.

LUZINETE CONCEICAO DE BASTOS
TRAV. 01 POCOVADO MATA DO PERU - AREA RURAL
SIMAO DIAS / SE CEP: 49480000 (AG. 210)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 14 - 210 - 655 - 1020 Referencia: Ago / 2016
Nº medidor E6017870862 Emissao: 24/08/2016

energisa
ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUÍDORA ENERGIA SA
Rua Min Agolino Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-61 insc Est 270.767.496
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N000.578.731
Código para Débito Automático: 06009276578

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 3/927587-6

Canal de contato

Ago / 2016

Apresentação

violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial são tipos de violência doméstica contra a mulher. Campanha de Combate à Violência contra a Mulher em parceria com o TJSE.

24/08/2016

Data prevista da
próxima leitura

26/09/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
1965366503 Insc. Est.	25/07/16 26,7	24/08/16 2749	1	81	30

Faturas em atraso

01/08/2016	65,31
29/06/2016	48,35
02/05/2016	103,05
01/04/2016	112,79

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	81	0,43233	35,01
ICMS			11,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			8,51
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	76
Jun/16	58
May/16	87
Apr/16	94
Mar/16	95
Feb/16	72
Jan/16	17
Dez/15	13
Nov/15	12
Out/15	87
Sep/15	80
Ago/15	63

BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	26,00	11,87
PIS	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
01/09/2016 **R\$ 56,19**

Média dos últimos meses:
60 kWh/mês

334d.172f.5efc.357c.4da9.6b81.42bd.bf58.

Indicadores de Qualidade 07/2016 - SIMÃO DIAS

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,48	NOMINAL
DIC ANUAL	46,98	115
FIC MENSAL	7,97	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,94	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,88	LIMITE INFERIOR 106
DMC	6,49	LIMITE SUPERIOR 121
DICRI	16,60	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	13,98	24,71
Compra de Energia	14,98	26,82
Serviço de Transmissão	0,84	1,14
Encargos Setoriais	5,53	9,84
Impostos Diretos e Encargos	21,18	37,89
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	56,19	100,00

Valor do BEMCO (Ref. 6/2016) R\$ 13,30

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima corrija(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/09/2016 Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa menção.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento ate o decurso do prazo de 60 dias a contar da data de vencimento da fatura avenida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
01/09/2016 **R\$ 56,19**

Autenticação mecanizada

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.576.898

2. VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO
01/12/2017

NOME

ABEL SILVA DE ANDRADE

FUNÇÃO

JOSÉFA DE JESUS SILVA

JOSÉ RAIMUNDO DE ANDRADE

MATERNALIDADE

PARAGUINHAS-PA

DATA DE NASCIMENTO

13/03/1982

DOC ORIGEM

CT. CASAMENTO 199680155200020000807000188389

QDT. 2 OFC. DIST. COM. SIMEÃO DIAS/SE

010-058-445-42

Assinatura do diretor

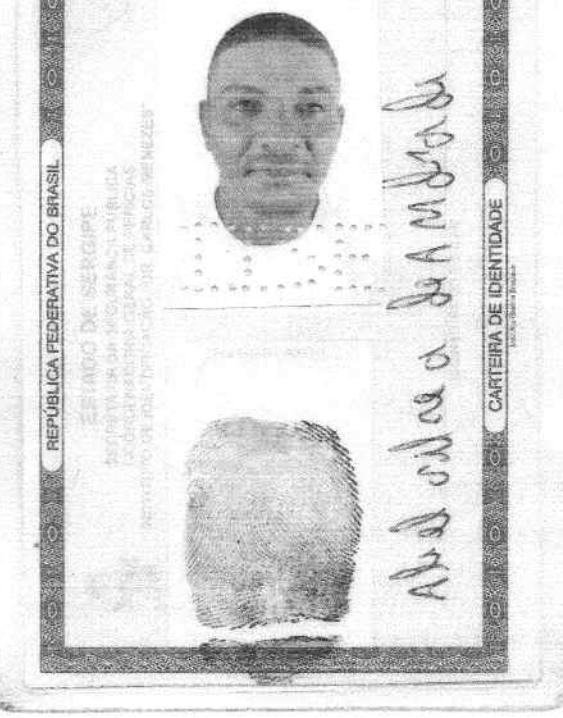
LEI Nº 7.148 DE 29/08/83

REPU BLCIA FEDERATIVA DO BRASIL



ABEL SILVA DE ANDRADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

AV RAIMUNDO ABREU REIS. CENTRO FONE: (0) 3611-1200

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06595.0-000378

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Endereço: AV RAIMUNDO ABREU REIS. CENTRO FONE: (0) 3611-1200

FATO

Data e Hora do Fato: 14/07/2015 - 20:00 até 14/07/2015 - 20:00

Endereço: ESTRADA DO POVOADO SACO GRANDE Número: Complemento: CEP: 49480-000

Bairro: SACO GRANDE Cidade: SIMAO DIAS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VITIMA-NOTICIANTE

Nome: ABEL SIVA DE ANDRADE

Nome do pai: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE Nome da mãe: JOSEFA DE JESUS SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000 000 000-00 RG: 15708985 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PARIPIRANGA Data de nascimento: 13/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO MATA DO PERU Número: Complemento:

CEP: 49.480-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIMAO DIAS UF: SE

Proximidades: Telefone: §

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 125 TODAY, CHASSI 9C2JC1801LR517356, RENAVAN 211746797, ANO/MOD/FAB 1990, DE COR VERMELHA, DE PLACA POLICIAL AV 113, EM NOME DE LAECIO FIGUEREDO DE SOUZA, QUE AO PASSAR PELO LOCAL ACIMA E FAZER UMA CURVA SE DEPAROU COM UMA BOIADA COMO FOI MUITO RÁPIDO NÃO DEU PARA DESVIAR E VEIO COLIDIR COM UMA VACA QUE COM O IMPACTO O NOTICIANTE FOI ARREMESSADO E VEIO BATER O SEU O ROSTO NO CHÃO ONDE FICOU DESACORDADO POPULARES QUE PASSARAM PELO LOCAL ACONDRAM O SAMU ONDE O MESMO COMPARECEU E SOCORREU O NOTICIANTE LEVANDO PARA O HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO NA CIDADE DE ARACAJU/SE, ONDE FOI FEITO UMA SUTURA NA BOCA E VARIAS ESCORIAÇÕES CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA URBI. FRENTE EXPOSTO RELATA O OCORRIDO

Data e hora da comunicação: 06/04/2016 às 09:24

Última Alteração: 06/04/2016 às 09:24

OBC: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo inclusive a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340: Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160269998 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ABEL SILVA DE ANDRADE

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ABEL SILVA DE ANDRADE

CPF/CNPJ: 01005844542

Posição em 31-01-2017 11:39:20

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta n°: 9047651

A/C: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963030

a/c: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963030

a/c: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Abel Silveira de Andrade,PORTADOR(A) DO RG N° 1.570.898 EXPEDIDO POR SSP / SE EM 20/09/1999CPF 01000582945-422 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO funcionário

E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Abel Silveira de Andrade, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 101 • AGÊNCIA 2176 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA C13.00.070-791-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santos Dum - SE DATA 07/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Abel Silveira de Andrade

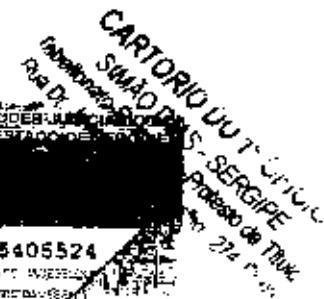
! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS/SE - SANTOS - TIRADentes
Rua Dr. Juvêncio da Cunha, n° 274 - Centro - CEP: 69600-000 - CELFAX: (71) 3211-1227 - E-mail: crt1oficio.sds@se.jus.br

Reconheço FUR: BRUNA LIMA a firma des: ADRIEL SILVA DE ANDRADE, RG: 1.456.740-2
TAXA R\$ 1,20 - FERJ R\$ 0,00 - SELO 0,02 = TOTAL R\$ 1,22. TIR
testo BRUNA LIMA da verdade. Simão Dias/SE v/7/04/2016 09:32:31.
EULÓGIO SANTOS - Oficial substituto.



**VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE**



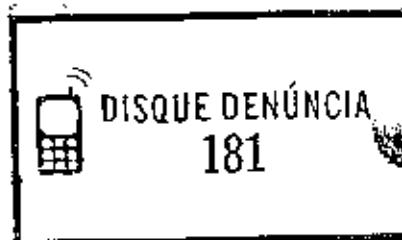
GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME
SENDEURDA PRESENTADA, SENDEU PRA CÁMARA.



SENDEURDA
SERGIPE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (03611-1200)

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06595.0-000378

*VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE*

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Endereço: AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (03611-1200)

FATO

Data e Hora do Fato: 14/07/2015 - 20:00 até 14/07/2015 - 20:00

Endereço: ESTRADA DO POVOADO SACO GRANDE Número: Complemento: CEP: 49480-000

Bairro: SACO GRANDE Cidade: SIMÃO DIAS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ABEL SIVA DE ANDRADE

Nome do pai: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE Nome da mãe: JOSEFA DE JESUS SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 15708985 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PARIPIRANGA Data de nascimento: 13/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Casado Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO MATA DO PERU Número: Complemento:

CEP: 49.480-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIMÃO DIAS UF: SE

Proximidades: Telefone:



AD 008848632

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 125 TODAY, CHASSI 9C2JC1801LR517356, RENAVAN 211746797, ANO/MOD/FAB 1990, DE COR VERMELHA, DE PLACA POLICIAL SE AV 113, EM NOME DE LAECIO FIGUEREDO DE SOUZA. QUE AO PASSAR PELO LOCAL ACIMA E FAZER UMA CURVA SE DEPAROU COM UMA BOIADA COMO FOI MUITO RÁPIDO NÃO DEU PARA DESVIAR E VEIO COLIDIR COM UMA VACA. QUE COM O IMPACTO O NOTICIANTE FOI ARREMESSADO E VEIO BATER O SEU O ROSTO NO CHÃO ONDE FICOU DESACORDADO, POPULARES QUE PASSARAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU ONDE O MESMO COMPARECEU E SOCORREU O NOTICIANTE LEVANDO PARA O HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO NA CIDADE DE ARACAJU/SE, ONDE FOI FEITO UMA SUTURA NA BOCA E VARIAS ESCORIAÇÕES CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA URBI. FRENTE EXPOSTO RELATA O OCORRIDO

Data e hora de comunicação: 06/04/2016 às 09:24

Última Alteração: 06/04/2016 às 09:24

DES: As informações registradas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade cabendo inclusive a responsabilização civil daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340. Falsificar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção de um a seis meses ou multa.

ABEL SIVA DE ANDRADE
ABEL SIVA DE ANDRADE

Fábio Alan Pinto Pimentel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência do IML
00047

Eu, Abel Silveira de Andrade, portador da carteira de identidade nº 1.570.898 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.058.445-42, residente e domiciliado na Pensão Matriz de Pernambuco, Cidade Simão Dias, Estado Sergipe, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Abel Silveira de Andrade

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

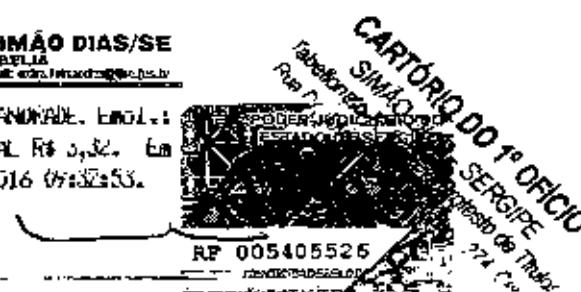
Simão Dias - SE, 07 de Abril 2016.

Local e data



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MARICARMEN DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIÃ
Rua Dr. Jovilene de Carvalho, 4774 - Lajeado - CEP: 49500-000 - TEL/FAX: (52) 361-1211 - E-mail: edoc.simoedias@sc.jus.br

- Reconheço FIRME SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVEIRA DE ANDRADE, END.: Rua Dr. Jovilene de Carvalho, 4774 - Lajeado - CEP: 49500-000 - TEL/FAX: (52) 361-1211 - E-mail: edoc.simoedias@sc.jus.br
TAXA R\$ 3,25 - FERD R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 3,34. Em testo verdadeiro da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 (14:25:53).
EDUARDES SANTOS - Oficial Substituto.



VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

REC 005405526

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR - R\$25

NOME:

RG:

CPF/NOME:

ENDERECO:

LOCAL E DATA:

João Pedro Corrêa
Assinatura do proprietário

DE ACORDO:

ASSINATURA DO ADQUIRENTE

RECONHECIMENTO DA FIRMA DO PROPRIETÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BES01120FEV91

Nº. 633.02RDE09

SEGURADO/BRIGADEIRO

IPVA - 1ª COTA OU COTA ÚNICA

BES01320FEV91

R\$1.758,06RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BES01420FEV91

R\$1.367,32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

BES01520FEV91

R\$1.367,32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DETAN - SERVIÇO

Nº 116678142

VIA:	04	PLACA:	211746197	Nº CFC:	0000000000	DATA:	19/91	
NOME:	ENDERECO:							
LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA N. 33 C.J. BUGAJO 49000 ARACAJU - SE								
TELEFONE:	03126725194534	FAX:	AV 113	OPICEL:	0002672567	PLACA ANTIGA:	MF4373/SE	
PLACA:	21018001517356	DATA:	20/01/92	DATA:	20/01/92	PLACA:	MF4373/SE	
DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA								
ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL							
PASSEIOS/CICLO:	GASOLINA							
MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 TODAY							
Capacidade:	125ccm							
Cor:	VERMELHA							
DATA DE MANUTENÇÃO:	VENCIMENTO:							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
PRÉMIO/DUDAS:	PRAZO:							
VALIDADE CERTIFICADA: 23/05/91								
LOCAL:	ARACAJU - SE						DATA:	18/01/91
Pedro S. S. Sobral							Assinatura:	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA							Assinatura:	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

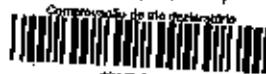
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
DETAN - SERVIÇO

Nº 074448696

VIA:	04	PLACA:	21018001517356	Nº CFC:	030333333333	DATA:	19/91	
NOME:	ENDERECO:							
LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA N. 33 C.J. BUGAJO 49000 ARACAJU - SE								
TELEFONE:	03126725194534	FAX:	AV 113	OPICEL:	0002672567	PLACA ANTIGA:	MF4373/SE	
PLACA:	21018001517356	DATA:	20/01/92	DATA:	20/01/92	PLACA:	MF4373/SE	
DOCUMENTO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA PORTO NÃO OBRIGATÓRIO								
ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL							
PASSEIOS/CICLO:	GASOLINA							
MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 TODAY							
Capacidade:	125ccm							
Cor:	VERMELHA							
DATA DE MANUTENÇÃO:	VENCIMENTO:							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
DATA DE MANUTENÇÃO:	20/01/91							
PRÉMIO/DUDAS:	PRAZO:							
VALIDADE CERTIFICADA: 23/05/91								
LOCAL:	ARACAJU - SE						DATA:	18/01/91
Valdeci Gomes Sobral							Assinatura:	
Chefe da Divisão de Controle de Veículos e Condutores - DETAN-SE							Assinatura:	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA							Assinatura:	

NÚCLEO FAMILIAR: _____
HUSE: _____

ATO



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 19/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ABEL SILVA DE ANDRADE EOC...: 1570898
IDADE: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO.: MASCULI
ENDERECO: POCOADO MATA DO PERU NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: SIMAO DIAS UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE /JOSEFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL: ESPOSA - LUZINETE TEL...: 799601
PROCEDENCIA: SIMAO DIAS
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [] X mmHg [] PULSO: [- :] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAO

(Handwritten prescription details)

JUNES Andrade
Medico
CRM 4254

DATA DA SAIDA: 15/07/15 HORA DA SAIDA: _____
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS

Dr. D. FAMILIA [] IML [] ANAT. PI

Carapau, Correia Lima
CRM 3030

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Silveira de Andrade

RG nº 1.570.838, data de expedição 20/09/1999 Órgão SSP

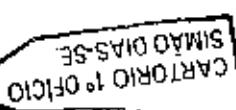
CPF nº 010.058.445-42, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Pensão Mata do Pau</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Grande telor</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Simão Dias</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49480-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 99877-5373</u> e <u>8876-8831</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Simão Dias - SE, 07 de Abril de 2016.

Assinatura do Declarante: Abel Silveira de Andrade



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE

MARCIAMERI DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIA

Rua Dr. Antônio de Carvalho, nº 214 - Centro - CEP: 49480-000 - Tel/Fax: (79) 3211-1277 - E-mail: tabelia@simao.dias.se.br

Reconheço PÔR SEUELHANHA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. RG: ...
 TAXA N° 7,73 - FEND R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 7,82. Em
 testemunha da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:53.
 EUCLIDES SANTOS - Oficial Substituto.



RE 005405525

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

LUZINETE CONCEIÇÃO DE BASTOS
RAVESSA, 1970, Bairro: Loteamento Fazenda do Pernambuco - Área Rural
Bairros: Datas CEP: 16480000 (AG: 210)

Categoria: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE
Rua: 14 - 210 - 355 - 1070
Referência: 2847016
Número de Medida: E5017970692

ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIDORA ENERGISA SA
Av. Adelino Paim, 3114, 31 - Início Barreiros
CEP: 49908-000 - São Cristóvão - SE
CNPJ: 01.017.488/0001-82 - Insc. Est: 270.767.436
Nº de Fazenda: 16480000 (AG: 210) CEP: 16480-540
Número de Conta: 3/927587-6
Número de Conta de Energia: 09275872016
Número de Conta de Energia: 09275872016

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 3/927587-6

Canal de contato

Fev / 2016

- Reduz o valor da bandeira vermelha para o passado 1, R\$ 3,00
até 100 kWh/mês (atualizado). Vigente a partir de 01/02/2016

Apresentação

23/02/2016

Data prevista da próxima leitura

24/03/2016

CPF/ CNPJ/RANI

1954326003

Insc. Est:

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
C. PIA1302016 PADAS
CBR134001

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	22/01/16 2195	23/02/16 2257	1	72	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	72	0,47905	33,47
Ault. B vermelha		2,18	
ICMS		11,61	
PIS		0,82	
COFINS		2,89	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUUIÇÃO PÚBLICA		6,01	
RECOLHIMENTO FONTE 02/2016		8,49	
EMISSÃO DE SEGUNDA VIA 02/2016		2,43	

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	17
Dez/15	13
Nov/15	12
Out/15	87
Sep/15	90
Agosto/15	89
Jul/15	50
Jun/15	57
Mai/15	37
Abri/15	47
Mar/15	24
Fevereiro/15	0

	BASE DE CÁLCULO	AJUSTADA	VALOR (R\$)
ICMS	47,26	25,00	11,61
PIS	47,26	1,3300	0,62
COFINS	47,26	8,1200	7,68

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/03/2016 R\$ 65,18

Meios de Pagamento: 41 kWh

6022.e6aa.9908.9a54.9482.16cf.54fe.1fa0.

Indicadores de Qualidade: 1213015-SIM40092

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão [V]	Descrição	Valor (R\$)	%
O C MENSAL	11,70	0,00	Simples de Cálculo Energia SE	10,91	16,73
O C 1 TRIMESTRAL	23,50	NOMINAL	Compra de Energia	16,46	25,25
O C ANUAL	47,00	0,00	Saldo de Transmissão	0,00	1,36
O C MENSAL	8,00	CONTRATADA	Excedentes Sistemas	3,28	5,25
O C 1 TRIMESTRAL	18,20	LIMITESUPERIOR	Excedentes Orla e Encargos	24,23	39,30
O C ANUAL	31,00	0,00	Outros Serviços	0,92	1,58
DWS	6,48		Total	68,48	100,00
DPI	16,60				

ATENÇÃO

- * Conectar o mosquiteiro da dengue a rede de todos!
** Ativação confirmada

SENARPE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
Robalo 14 - 210 - 855 - 1070 01/03/2016 R\$ 65,18
Número: 927587-2016-02-6





GOVERNO FEDERATIVO
MINISTÉRIO DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO



Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Adel Cílio da Costa
DATA DA ENTRADA: 15/12/1966
DATA DA SAÍDA: 10/01/1967

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()
HISTÓRICO CLÍNICO:

Adel Cílio da Costa, homem de 20 anos, que descreve que sentiu dor no lado esquerdo do abdômen e febre alta, com vômitos e constipação, realizou exames e tratamento, após recuperação foi submetido à cirurgia para remoção de um tumor abdominal que é o câncer (câncer de estômago, 12 foliculos).

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Baixa contagem sanguínea; baixa transamina e uricílica; Baixa glicose

MÉDICOS ASSISTENTES:

Drs. Francisco Alves da Costa
Dr. Teófilo Costa

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 1º de Jan. 1967

MÉDICO DO SETOR DE AVULSE DE PACTO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prenásterio.

Lúcio Braga de Almeida
Médico de Plantão da Maternidade
CRM/SE/2013

11:38 14/04/2016 882589 35923004132136

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Abel Silva de Andrade
DATA DA ENTRADA: 15/02/2015
DATA DA SAÍDA: 15/02/2015

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()
HISTÓRICO CLÍNICO:

Balete para fins pesquisas que, Abel Silva de Andrade que entrou da no HUSE, vítima de acidente de trânsito. Apresentava óssea FCC, em região temporal. De em fratura inferior + avulso da VD 2. O tecido ósseo evidenciava luxação articular + esguicho. Após radiografia não foi observada fraturas faciais. Apesar da luxação, não houve deslocamento das fracturas.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Bx coluna cervical; Bx torax; Rx de pulmão; Rx face

MÉDICOS ASSISTENTES:

Drº Fernandes Andrade
Drº Thadeu Q. Cruz.

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 16 de Fevereiro de 2015

MÉDICO DE SITUAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE PONTOS

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Lúcio Brazil de Oliveira
Salles e Pontes
CRM/SE - 219

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGICA
HUSE _____

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE DOC.: 1570898
IDADE: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO: MASCULI
ENDERECO: Povoado Mata do Peru NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: SIMAO DIAS UF: SE CEP.:
NOME PAI/MAE: JOSE RAMMUNDO DE ANDRADE /JOSÉFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL: ESPOSA - LUZINETE TEL.: 799601
PROCEDENCIA: SIMAO DIAS 3
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMACEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAC

13072015 00:47:15	Abel Andrade	00:47:15

DATA DA SAIDA: 15/07/2015 HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] P. DANTAS [] IME [] ANAT. [] PF

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

seleto

- radiografia de colo - dia 27
- radiografia do tórax
- radiografia da gástrica

Dr. Fernandes Andrade

CRMSE 4254

capaz de responder ameaças. No EFG, o animal permaneceu com a coda esticada e temporal (D) e em nível inferior, no CFIQ, permaneceu subido da UD 23. Todas as urinárias foram negativas. NTA: negativa.

Rx face: M4 de face

: facial de lata e arco

: vertebrae (após remoção da coluna)

Alta OBRI

Thierry Roriz
Orange - São Paulo
CRM - 1180

Thierry Roriz
Curitiba - Paraná
CRM - 1180

13 03.24

04

2015 Radiografia da coluna cervical no nível da lombar e lombar-sacra, sem alteração.

Radiografia do tórax: sem alterações.

Radiografia da gástrica: sem alterações.
OO:
① Retina color: corneal f.
② Observação: f. no abdome,

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

NUCLEO MUSCULOCARDIOLOGICO
NOME _____

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSTLVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE DOC...: 1570898
IDADE....: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO.: MASCULI
ENDERECO....: Povoado Mata do Peru NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO....: SIMAO DIAS UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE.: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE /JOSEFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - LUZINETE TEL...: 799601
PROCEDENCIA...: SIMAO DIAS 3
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TCG
[] LÍQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

Abel Andrade
Medico
CRM 4254

14/07/2016 00:25:27

DATA DA SAIDA: 15/07/2015 HORA DA SAIDA: _____
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESTINATARIO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

P. P. FAMILIA [] IML [] ANAT. PI
Carne, Pele e Cerebro
Coração e Pulmão
Côlon e Reino

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO CARTILHAR

CARTILHAR DE DENTRADA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
VALIDADE: 20.09.1999.

REGISTRO GENÉRICO	1.570.898
NOME	ABEL SILVA DE ANDRADE
PAIS	Brasil
MUNICÍPIO	Ribeirão das Neves - MG
DATA DE NASCIMENTO	13/03/1982
LUGAR DE NASCIMENTO	Paragominas-PA
CPF	000.000.000-00
DATA DE EMISSÃO	16/08/2000
VALIDADE	16/08/2001

DATA DE VENCIMENTO: 16/08/2001

VALIDADE: 16/08/2001

Documento de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.058.445-42

Nome

ABEL SILVA DE ANDRADE

Nascimento
13/03/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Lider das
ro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0861952/16
Vítima: ABEL SILVA DE ANDRADE
CPF: 010.058.445-42

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/07/2015
Titular do CPF: ABEL SILVA DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Buletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ABEL SILVA DE ANDRADE : 010.058.445-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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.

Portador da documentação entregue

Data: 28/04/2016
Nome: ABEL SILVA DE ANDRADE
CPF/CNPJ: 010.058.445-42

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 28/04/2016
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ABEL SILVA DE ANDRADE

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder · DPVAT

11:38 14/04/2016 002581 SEGURADORA LÍDER DPVAT 5

SISTEMA DPVAT - PROTOCOLO DE EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTOS

INSTRUÇÕES PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ABELE SIlVA DT ANDRADEDATA DO ACIDENTE 14.07.2015 CPF DA VITIMA 310.058.445-42PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO o MUNICQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É ABELE SIlVA DT ANDRADEENDEREÇO DO PORTADOR TV. D Pov. MATI DO PEAVNº 0 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURALCIDADE Limaçõ DMS UF SP CEP 49480.000E-MAIL ABELESILVA.DT2015@GMAIL.COM.BR TELEFONE (32) 33877-5273

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Observação:** O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> MORTE = R\$ 13.500,00 |
| | <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. |
| | <input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07.04.2016IDENTIDADE 1570.88

ASSINATURA

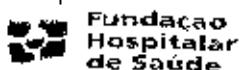
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07.04.2016 MATR. CORREIOS 8-121-076NOME Cezarino Soárez

ASSISTENTE COMERCIAL

Mat. 8722.046-3





RELATÓRIO 0158 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1507140573 / SR - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 20h44min do dia 14 de Julho de 2015, para atendimento de vítima identificada como Abel Silva, com relato de acidente motociclistico, no município de Simão Dias.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Lagarto, removeu a vítima para Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 05 de Fevereiro de 2016

Part 1

 Ana Caroline A. Ramos
Cerência de Regulação
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

RELATÓRIO 0158 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1507140573 / SR – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 20h44min do dia 14 de Julho de 2015, para atendimento de vítima identificada como **Abel Silva**, com relato de acidente motociclistico, no município de Simão Dias.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Lagarto**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 05 de Fevereiro de 2016

Pto:


Cláudia Caroline A. Ramos
Coordenadora de Regulação
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

REMETENTE / Sender

ABE Silva de Andrade
ENDERÉCOS / Address

POU MATA DO PERU

CEP / Zip

49480000

765000636

CIDADE / City

SERRA DAS

TELEFONE / PHONE NUMBER
(79) 95877-5370

UF / State

SE

PAÍS / Country

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO / Return

- Mudou-se para _____
- Falecido (deceased)
- Recusado (refused)
- Endereço Insuficiente (Insufficient Address)
- Desconhecido (unknown)
- Não existe o número indicado (Number Not Found)
- Não procurado (unreachable)
- Outros (others)
- Ausente (away)

(01/15)

Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____

- Informação prestada pelo portador ou síndico (Information provided by doorman or condo manager)
- Reintegrado ao serviço postal em _____ (Reintegrated to postal service at _____)

Data: _____ Respostas: _____



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9034223

A/C: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201984101529

DATA:

29/08/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

</br>{Via Movimentação em Lote nº 201900486}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201984101529

DATA:

03/09/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

R. Hoje. Defiro a gratuidade requerida.Tendo em vista o manifesto desinteresse da parte autora na audiência conciliatória, deixo de designar assentada para essa finalidade. Ademais, considerando que a petição inicial preenche satisfatoriamente os requisitos essenciais e não se trata de hipótese de improcedência liminar do pedido, CITE-SE a parte requerida para, querendo, oferecer defesa, no prazo de 15 (quinze) dias.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias**

Nº Processo 201984101529 - Número Único: 0003150-27.2019.8.25.0074

Autor: ABEL SILVA DE ANDRADE

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

R. Hoje.

Defiro a gratuidade requerida.

Tendo em vista o manifesto desinteresse da parte autora na audiência conciliatória, deixo de designar assentada para essa finalidade.

Ademais, considerando que a petição inicial preenche satisfatoriamente os requisitos essenciais e não se trata de hipótese de improcedência liminar do pedido, **CITE-SE** a parte requerida para, querendo, oferecer defesa, no prazo de **15 (quinze) dias**.



Documento assinado eletronicamente por **HENRIQUE BRITTO DE CARVALHO, Juiz(a) de 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias, em 03/09/2019, às 10:34:12**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019002235122-86**.



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201984101529

DATA:

17/09/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

mandado expedido

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE SIMÃO DIAS DA COMARCA DE SIMÃO DIAS
Av. Presidente Getúlio Vargas, Bairro Centro, Simão Dias/SE, CEP 49480000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201984101529

DATA:

17/09/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 201984106117 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA [TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias
Rodovia Lourival Batista, SE 240, Nº 2398
Bairro - Centro Cidade - Simão Dias
Cep - 49480-000 Telefone - (79)3611-1272

Normal(Justiça Gratuita)



201984106117

PROCESSO: 201984101529 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0003150-27.2019.8.25.0074
NATUREZA: Procedimento Comum
REQUERENTE: ABEL SILVA DE ANDRADE
REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: R. Hoje. Defiro a gratuidade requerida. Tendo em vista o manifesto desinteresse da parte autora na audiência conciliatória, deixo de designar assentada para essa finalidade. Ademais, considerando que a petição inicial preenche satisfatoriamente os requisitos essenciais e não se trata de hipótese de improcedência liminar do pedido, CITE-SE a parte requerida para, querendo, oferecer defesa, no prazo de 15 (quinze) dias.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Residência : Rua Senador Dantas, , 74
Bairro : Centro
Cep : 20031205
Cidade : Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **Jorge dos Anjos Junior, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias**, em **17/09/2019, às 13:16:17**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019002378138-28**.

