



**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	Distribuição: 29/08/2019
Número Único: 0003150-27.2019.8.25.0074	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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 toda 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 requeria teria 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 sós, 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 acionada 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 CONVÊNIO.** 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. 07 POVOADO MATA DO PERU - AREA RURAL
SIMAO DIAS / SE CEP 49400000 (AG 210)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 14 - 210 - 655 - 1020 Referência: Ago / 2016
Nº medidor: E6017870962 Emissão: 24/08/2016

Energisa

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGISA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-83 Insc Est 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.578.751
Código para Débito Automático: 00009270076

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 08000 79 0196** Acesso: 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

1965366503
Insc. Est

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Data			
	25/07/16	24/08/16	1	81	30

Faturas em atraso

01/08/2016	65,31
29/08/2016	48,35
02/05/2016	109,05
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
CONTRIBUÍM PUBLICA			

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	76
Jun/16	58
Mai/16	87
Abr/16	94
Mar/16	95
Fev/16	72
Jan/16	17
Dez/15	19
Nov/15	12
Out/15	87
Set/15	80
Ago/15	63

Média dos últimos meses:
50 kWh

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,88	25,00	11,87
PIS	0,00	0,0000	0,00
COFINS	0,00	0,0000	0,00

VENCIMENTO

01/09/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 56,19

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

Indicadores de Qualidade 6/2016 - SIMAO DIAS

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	23,48		
DIC ANUAL	46,96	0,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	7,97		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	15,94		LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	31,88	0,00	
DMIC	6,49		
DICRI	16,60		

Comparação do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia SE	13,88	24,71
Compra de Energia	14,96	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	66,19	100,00

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

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso as faturas (a) acima cobradas (m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/09/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para ser comprovado. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

R\$ 56,19

Informação mecânica

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESERVO GERAL 1.576.898	2.ª VIA
DATA DE EXPEDICÃO 01/12/2017	
NOME ABEL SILVA DE ANDRADE	
FILIAÇÃO JOSEFA DE JESUS SILVA	
JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE	
NATURALIDADE PARAGUAIAS-PA	
DATA DE NASCIMENTO 13/03/1982	
DOC ORIGEM CT. CASAMENTO 10986801552000200008070000188399	
CPF. 2 OFC. 0191. COM. SIMAO DIAS/SE 010.059.445-42	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.168 DE 29/08/83	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE SERGIPE	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA	
LABORATORIO DE IDENTIFICACAO E DEPENDENCIAS	
ATIVIDADE DE IDENTIFICACAO E DEPENDENCIAS	
ABEL SILVA DE ANDRADE	
ABEL SILVA DE ANDRADE	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



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

POLÍCIA ON LINE

SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA PÚBLICA



SERGIPE



DISQUE DENÚNCIA
181



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

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 cútis: 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 BOM 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 URB. FRENTE EXPOSTO RELATA O OCORRIDO

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

Última Alteração: 06/04/2016 às 09:24

OBS: 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 do 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

Fabio Alan Pinto Pimentel
Fabio Alan Pinto Pimentel

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 nº: 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 Silva de AndradePORTADOR(A) DO RG Nº 1.570.898EXPEDIDO POR SSP/SEEM 20/09/1999CPF 010058445-42 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Informático

E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Abel Silva 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 104 • AGÊNCIA 2176 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013 - 00.030.001-7

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

LOCAL Simão Dias - SE DATA 07/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Abel Silva 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.

11:39 14/04/2016 982594

SEN 000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000



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

RAFAEL CARREIRA DANTAS DO NASCIMENTO - TABELA
Rua Dr. José Maria de Carvalho, s. 274 - Centro - CEP: 46400-000 - TEL/FAX: (75) 3611-9257 - E-mail: cdm1@cartorio1ooficio.com.br

Reconheço POR SEMELHANÇA a firma de: ANIL SILVA DE OLIVEIRA, LACIA

TAXA R\$ 1,25 - FÉRM R\$ 0,00 - SELLO R\$ 0,00 = TOTAL R\$ 1,25. E

testo da verdade. Simão Dias/SE: 07/04/2016 09:32:31.

FELIPE SARA - Oficial substituto.



R# 005405524

PROB. JUS. CIV. CO. RECONHECIMENTO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
SIMÃO DIAS - SERGIPE
Rua Dr. José Maria de Carvalho, s. 274 - Centro

VÁLIDO 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

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA



SERGIPE



DISQUE DENÚNCIA
181

Seja bem-vindo(a) ao Polígono da Cidadania
Bom dia, tarde, noite e madrugada
sempre com a 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

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

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

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: 15708995 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 9C2JC1801LR517355, 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 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

CRS - As informações notificadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo inclusive a responsabilização por parte daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. A 1ª. providência a ser adotada é a comunicação da ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado, sob pena de multa de um a seis meses, ou multa.

Abel Siva de Andrade
ABEL SIVA DE ANDRADE

Fabio Alan Pinto Pimentel
Fabio Alan Pinto Pimentel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Abel Silva de Andrade, portador da carteira de identidade nº 1.570.898 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.658.445-42, residente e domiciliado na Parqueada Mata de Peru, 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:

- (X) 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 Silva 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 - TABELIA
Rua Dr. Jordane de Carvalho, s/nº 774 - Centro - CEP: 45400-000 - TEL: (79) 3541-1211 - E-mail: cartorio1ooficio@se.gov.br

Reconheço POR SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. EMOL.: TAXA R\$ 3,23 - FERO R\$ 0,00 - SELD 0,09 = TOTAL R\$ 3,32. Em testo da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:32:53.
ELI LIES SANTOS - Oficial Substituto.



VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

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

VALOR — Cr\$

NOME:

RG:

CPF/CGC:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

[Assinatura]
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

DE ACORDO:

ASSINATURA DO ADQUIRENTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.633.02RDE09

RES01120FEV91

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA — 1ª COTA OU COTA ÚNICA

RES01320FEV91

#1.758.06RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.367.32RDE09

RES01420FEV91

IPVA — 2ª COTA

IPVA — 3ª COTA

RES01520FEV91

#1.367.32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DETRAN - SERGIPE

VIA 04 211746797 0000000000 1991

LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. 08 C. 08
49000 ARACAJU - SE

0002672594534 AV113

PF 43/73/SE 920018011517356

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PAS/MOTOCICLO GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY 1990 1990

22/11/00/12506 VERMELHA

300130 1º 310191

280261

290391

31/05/91

ARACAJU - SE 18/01/91

Ministro da Justiça

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
DETRAN - SERGIPE

VIA 04 211746797 0000000000

LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. 08 C. 08
49000 ARACAJU - SE

0002672594534 PLACA ANTIGA NF 4923 / SE

NOTO POPULTEA

DOCUMENTO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
PORTE NAO OBRIGATORIO

AV113 9020018011517356

PAS/MOTOCICLO GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY 1990 1990

22/11/00/12506 VERMELHA

AL. FID. CONS. HONDA

ARACAJU Valdirene Gomes Sobral 19/04/91

Chefe da Divisão de Controle de
Veículos e Condutoras - DETRAN - SE

MINISTERIO DA JUSTICA

p. 24

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Silva de Andrade

RG nº 1.540.898, 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>Rozendo Mota do Rêu</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>Grupo escolar</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Simão Dias</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49480-000</u>
Telefone de Contato	<u>1791 99877-5373 e 8876-8831</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Abel Silva de Andrade



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MARGAREM DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIA
Rua Dr. Seráfico de Carvalho, nº 274 - Centro - CEP: 49400-000 - Tel: (79) 281-1271 - E-mail: cartorio1ooficio@sejus.br

Reconheço POR SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. Tabela:
TAXA R\$ 3,23 - FEND R\$ 0,00 - SELD 0,09 = TOTAL R\$ 3,32. em
testo da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:53.
EULIDES SANTOS - Oficial Substituto.



RF 005405525

FORMA DE AUTENTICIDADE
FLORES DA MONTANHA

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

LUZINETE CONCECAO DE BASTOS
FAVRESSA, 01700000000 MATA DO FERUL - AREA RURAL
55400-000 CEP 05400000 (AG: 710)

CASSE/CLASSE RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 14 - 210 - 355 - 1020 Referência: 24/02/2016
Número: E501170062 Emissa: 23/02/2016

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUICAO DE ENERGIA
Rua Almirante Silva, 81 - Inacio Barbosa
66230-000 CEP 66230-000
CNPJ: 07.174.890/0001-65 Insc Est: 270.787.436
Nº de Fisco: 07.174.890/0001-65
Código para Dúvidas Autenticação: 00005275971

Abandono do Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

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

Canal de contato

Fev / 2016

Apresentação

- Redução de valor da bandeira vermelha para a parcela 1, R\$ 3,00
a cada 100 kWh (consumo), vigente a partir de 31/03/2016

23/02/2016

Data prevista da
próxima leitura

24/03/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

195932503
195932503

Faturas em atraso

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

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/03/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	72	0,47015	33,97
Adu. B. Vermelha			2,48
ICMS			11,61
PS			0,82
COFINS			2,89
ENCARGAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			6,01
RELIQUACAO NORMAL 02/2016			8,43
EMISSÃO DE SEGUNDA VIA: 2016			2,43

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16	17
Dez/15	13
Nov/15	12
Out/15	87
Set/15	90
Ago/15	82
Jul/15	60
Jun/15	57
Mai/15	37
Abr/15	47
Mar/15	24
Fev/16	0

Média dos últimos 12 meses
41 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ADICIONA	VALOR (R\$)
ICMS	47,26	25,00	11,61
PS	47,26	1,3330	0,82
COFINS	47,26	8,1200	2,89

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

01/03/2016

R\$ 65,18

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

Indicadores de Qualidade 12/10/15-SMACOBS

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
OCMENSAL	11,70	0,00			Semipós de Gás de Energia SE	10,91	18,73
OC TRIMESTRAL	23,56		NOMINAL	115	Composto de Energia	15,46	25,25
OC ANUAL	47,00				Semipós de Transmissão	0,99	1,35
OC MENSAL	8,00	0,00	CONTRATADA		Semipós de Distribuição	2,58	5,25
OC TRIMESTRAL	15,90		LIMITE INFERIOR	108	Semipós de Gás de Energia	24,33	37,30
OC ANUAL	31,80		LIMITE SUPERIOR	124	Semipós de Gás de Energia	0,92	1,35
DMS	6,48	0,00			Semipós de Gás de Energia		
DCPI	16,80				Semipós de Gás de Energia		
					Total	68,18	100,00

Valor do EUS (Sel 12/2015) R\$ 2,22

ATENÇÃO

- Controlar e monitorar a dengue a partir de todos os
- pontos confirmados

SERGIPE

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 14 - 210 - 355 - 1020
Matrícula: 027587-2016-02-6

01/03/2016

R\$ 65,18

83650000000-2 65180049000-5 09275872016-0 02602100019-0



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Abel Silva Jr. S. da Costa
DATA DA ENTRADA: 15/12/2015
DATA DA SAÍDA: 15/12/2015

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente com queixa de dor no abdômen, início insidioso, progressivo, piorando à noite. História de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo. Não utiliza medicação regular. Não tem antecedentes cirúrgicos. Não tem alergias conhecidas. Não tem doenças crônicas. Não tem uso de álcool ou drogas ilícitas. Não tem contato com pessoas com doenças infecciosas. Não tem contato com animais domésticos ou silvestres. Não tem contato com ambientes com risco de contaminação. Não tem contato com locais de trabalho com risco de contaminação. Não tem contato com locais de trabalho com risco de contaminação. Não tem contato com locais de trabalho com risco de contaminação.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx coluna cervical; Rx tórax; Rx abdômen; Rx fêmur

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco A. da Costa
Dr. Thales B. da Costa

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

ARACAJU, 16 de 12 de 2015

MÉDICO DO SETOR DE ATENDIMENTO DE PRONTO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Ligia Braga de Almeida
Médica de Família e Comunidade
CRM 151.2319

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...: MASCULINO
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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

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

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

15/07/2015 00:47

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

relatório

- Radiografia de cabeça em perfil 2x
- Radiografia do Temporo 2x
- Radiografia panorâmica da Pelvis

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

capaz de responder uma No EFBC da mandíbula esquerda, com uma
temporal (D) e em lábio inferior. No EFBC da mandíbula direita da VD 23. Todas as
dentaduras foram substituídas. N.T. e estruturas ósseas

Rx face: RA de face
: lateral de lábio inferior
: lateral (após remoção do lábio)

Thedou Roriz
Cirurgião Bucal-Maxilo
CRQ - 1180

Alva Abrif

Thedou Roriz
Cirurgião Bucal-Maxilo
CRQ - 1180

12
04
2015

03.29
Radiografia de cabeça em perfil em sinistral
e direita em lábio, com oclusão
Radiografia do Temporo em altitudinal
Radiografia de perfil em altitudinal
cd: (1) Retina colorida
(2) Obstrução glândula salivares

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

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 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 [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

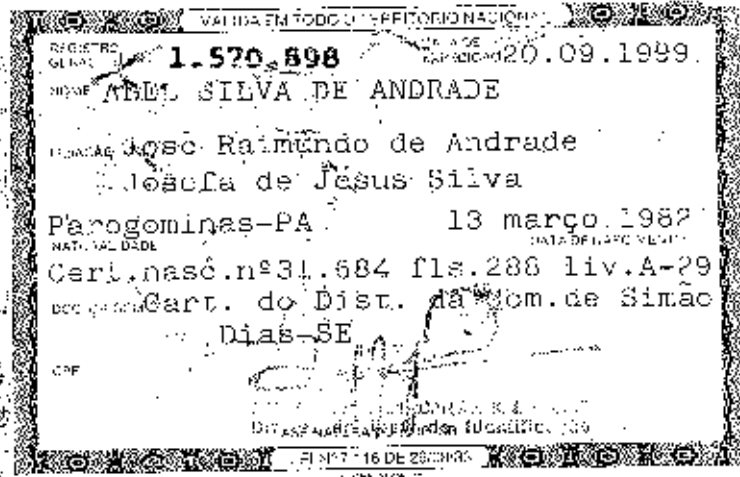
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMILIA [] IML [] ANAT. P

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Lidar dos
re 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

Bóletim 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

ABEL SILVA DE ANDRADE

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

11:38 14/04/2016 082581 SEGURADORA LÍDER DPVAT 5

SINALETA DPVAT - PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DADS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ABEL SILVA DE ANDRADE
 DATA DO ACIDENTE 14.07.2015 CPF DA VÍTIMA 010.058.445-42
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ABEL SILVA DE ANDRADE
 ENDEREÇO DO PORTADOR TV. D. POV. MATA DO PERU
 Nº 0 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE SIMÃO DIAS UF SE CEP 49480-000
 E-MAIL ABEL.SILVA@200200119822@igol.com TELEFONE (39) 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DADS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DADS

- ☐ 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - 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.
 - DESPESAS MÉDICAS (DADS) = 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.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07.04.2016
 IDENTIDADE 1570.838
 ASSINATURA Abel Silva de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07.04.2016 MATR. CORREIOS 8-121-046
 NOME CRISTIANO SOUZA
 ASSINATURA Atendente Comercial
 Matr. 3.722.046.3





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 motociclístico**, 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

Por, 
Maria Carolina A. Ramos
Gerência 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 motociclístico, 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

Per: 
Maria Carolina A. Ramos
Gerência de Regulação
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
ABEL SILVA DE ANDRADE		(79) 95877-5372	
ENDEREÇO / Address			
POU MATA DO PERU			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49480000	SENAR DIAS	SE	



RECICLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO / Return		(CN15)
<input type="checkbox"/> Mudou-se (move)	<input type="checkbox"/> Falecido (deceased)	
<input type="checkbox"/> Recusado (refused)	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente (insufficient address)	
<input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown)	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado (non-existing number)	
<input type="checkbox"/> Não procurado (not found)	<input type="checkbox"/> Outros (other)	
<input type="checkbox"/> Ausente (absent)		
Tentativas de entrega (delivery attempts)		
1ª ___ 2ª ___ 3ª ___		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado no serviço postal em ___	Retrieved to service post	
Data: ___/___/___ Responsável: _____		

Código de rastreio: 765000636

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9034223

A/C: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vítima: 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 início 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**.

