



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

| | |
|---|--|
| Processo: 202060100257 | Distribuição: 19/10/2020 |
| Número Único: 0000247-98.2020.8.25.0004 | Competência: Canhoba/Comarca de Gararu |
| Classe: Procedimento Comum | Fase: POSTULACAO |
| Situação: Andamento | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: ***** | |

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Adimplemento e Extinção - Pagamento

Dados das Partes

Requerente: JEOVAN FERREIRA
Endereço: Povoado Mamueiro
Complemento: Zona Rural
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: CANHOBÁ - Estado: SE - CEP: 49880000
Requerente: Advogado(a): WILLIAM OLIVEIRA SANTOS 11081/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º andar
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060100257

DATA:

19/10/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202060100257, referente ao protocolo nº 20201019195805784, do dia 19/10/2020, às 19h58min, denominado Procedimento Comum, de Pagamento.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



William Oliveira
ADVOCACIA

**AO JUÍZO CÍVEL DA COMARCA DA CIDADE DE GARARU/SE - DISTRITO
JUDICIÁRIO DA CIDADE DE CANHOBA/SE**

JEOVAN FERREIRA, brasileiro, casado, trabalhador rural, portador do RG de nº 3.391.022-7 2º via e inscrito no CPF sob nº 166.890.918-99, residente e domiciliado no Povoado Mamoeiro, S/N, Zona Rural, Canhoba/SE vem, respeitosamente, por intermédio do seu patrono que a esta subscreve, à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C DE DANO MORAL

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:



William Oliveira
ADVOCACIA

DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora não possui condições financeiras para arcar com às custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família, conforme faz provas mediante **declaração de hipossuficiência**, bem como a CTPS, a qual demonstra que a autora não possui contrato de trabalho ativo. Provas em anexo.

“Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.”

Vale ressaltar que, a não concessão da Justiça Gratuita, no presente caso, constitui atentado ao Estado Democrático de Direito violando princípios constitucionais, pois asseguram acesso à Justiça aos mais humildes, conforme prevê o art. 5º, XXXV da Constituição Federal de 1998.

Desta forma, requer os benefícios da Justiça Gratuita na forma da lei.

I. DOS FATOS

Na data de 15/05/2018, por volta das 05:30 hrs, no Povoado Mulugu, zona rural do município de Aquidabã-SE, a parte autora estava seguindo com a sua motocicleta de marca/modelo: Honda CG 125 FAN, chassi 9C2JC4120BR728111, ano 2011, categoria particular, cor VERMELHA, quando sofreu um acidente ao colidir com um animal.

Diante da situação a qual se encontrava acidentado, o autor foi levado para receber atendimento no Hospital Regional de Propriá/SE.



William Oliveira
ADVOCACIA

Consta que, as lesões sofridas pelo requerente foram: **traumatismo de face com ferimento profundo atingindo nervos cutâneos CID10-S01.4 e ferimento NA mão esquerda que atingiu o complexo tendinoso CID10-S66.**

Após um logo período de reabilitação com internações, medicações e fisioterapias a parte autora ficou com sequelas definitivas, pois a mesma obteve prejuízo para a integridade física, conforme relatórios médicos que seguem anexos.

Ocorre que, ao postular o seguro dpvat na via administrativa, tendo juntado provas do acidente, bem como das lesões decorrentes do mesmo, as quais acometem o postulante até os dias atuais, posto que o mesmo possui sequelas permanentes, a requerida até o presente momento não pagou a indenização que é devida por direito ao autor.

Diante da ausência do pagamento devido, se faz necessário a interferência do Poder Judiciário na presente demanda.

II. DO DIREITO

O seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) garante proteção às vítimas dos danos causados pelo acidente, sejam elas: motoristas, passageiros ou pedestres.

De acordo com a lei 6.194/74 em seu art. 5º, afirma que para a concessão da indenização a mesma se faz por meio de prova simples, bastando a comprovação do acidente e os seus danos causados. Vejamos:

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.



William Oliveira
ADVOCACIA

Destaca-se que, a parte autora registrou **Boletim de Ocorrência, relatórios médicos**, bem como o **próprio Requerimento do seguro DPVAT** (anexos) a fim de provar os danos sofridos em razão das lesões decorrentes do acidente. Em que pese o autor ter realizado todo o procedimento necessário para receber o valor indenizatório, a Requerente se permanece inerte, até o presente momento.

Neste sentido, de acordo com a lei 6.194/74, com alteração dada pela lei 11.482/07, a indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE**, possui como limite o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

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

[...]

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

Vale ressaltar que, para configuração do referido valor, se faz necessário à apuração do **grau lesionado**. Conforme explica o §1º do art. 3º, da presente lei.

Art. 3º. [...]

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

No presente caso, a parte autora possui direito de receber a indenização, na modalidade **INVALIDEZ PERMANENTE**, conforme demonstrado os laudos médicos, todos em anexo.

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

Para configuração do valor devido é necessário à aplicação da seguinte equação: **O valor do teto + percentual + grau de lesão**, esse critério de cálculo tem previsibilidade na Súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça:

Súm. 474. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Logo, considerando que a Requerida encontra-se acometida com **traumatismo de face com ferimento profundo atingindo nervos cutâneos CID10-S01.4 e ferimento mão esquerda que atingiu o complexo tendinoso CID10-S66**, conforme documentação anexada, e a ausência da indenização devida por parte da demandada, viola a legislação pátria, pugna, portanto, pelo pagamento do valor indenizatório, o que será apurado em juízo, inclusive, com a realização de perícia.

Neste sentido, entendeu o Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. OBSERVAÇÃO DO BINÔMIO NECESSIDADE E ADEQUAÇÃO. **PAGAMENTO NA ESFERA ADMINISTRATIVA NÃO INVIABILIZA RECLAMAÇÃO JUDICIAL DE QUANTIA ADICIONAL.** PRELIMINAR REJEITADA. MÉRITO: **A INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DECORRENTE DO SEGURO DPVAT DEPENDE DA VERIFICAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DE SUA QUANTIFICAÇÃO. PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PERÍCIA QUE CONCLUIU PELA INVALIDEZ PERMANENTE, PARCIAL E INCOMPLETA DE GRAU MÉDIO. FÓRMULA DE CÁLCULO: R\$ 13.500,00 (TETO) X PERCENTUAL DE PERDA X GRADAÇÃO. VALOR DA INDENIZAÇÃO QUE DEVE SER PROPORCIONAL AO PERCENTUAL APURADO PELO LAUDO (70%) E AO ÍNDICE MENCIONADO NA LEGISLAÇÃO (50%). VALOR DEVIDO DE R\$ 4.725,00.** TENDO EM VISTA QUE, NA ESFERA ADMINISTRATIVA, HOUE O PAGAMENTO DE R\$ 2.531,25, DEVIDA A QUANTIA REMANESCENTE DE R\$ 2.193,75. DANOS MORAIS EM RAZÃO DO NÃO PAGAMENTO INTEGRAL DO SEGURO DPVAT NA ESFERA ADMINISTRATIVA. NÃO CONFIGURAÇÃO. MERO ABORRECIMENTO. ENTENDIMENTO DO STJ. PRECEDENTES DESTES TRIBUNAL DE JUSTIÇA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. PROVEITO ECONÔMICO IRRISÓRIO. NECESSIDADE DE ARBITRAMENTO EM VALOR FIXO. ART. 85, §8º, DO CPC/15. MAJORAÇÃO QUE SE IMPÕE. RECURSOS CONHECIDOS E PARCIALMENTE PROVIDOS. (Apelação Cível nº 202000720206 nº único0029727-67.2019.8.25.0001 - 1ª CÂMARA CÍVEL, Tribunal de Justiça de Sergipe - Relator(a): Cezário Siqueira Neto - Julgado em 07/08/2020).

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435

Diante dos fatos narrados e provas anexadas, a parte autora faz jus à indenização devida em decorrência dos danos sofridos.

II.1. Do Dano Moral

A Constituição Federal no seu art. 5º, V, diz que “é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por **dano material, moral ou a imagem.**”

Excelência, no caso em tela o dano moral está configurado, pois a ausência do pagamento devido por parte da Requerida ocasionou muitos transtornos a parte autora e a sua família, uma vez que a finalidade do valor indenizatório é justamente para custear com medicações, transportes e exames médicos. O Código Civil em seus artigos 186/187 esclarece sobre a Responsabilidade Civil, nos seguintes termos:

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.**

É notório o constrangimento em que a Autora vem passando, além de sofrer pelos danos causados em razão do acidente, teve que suportar o transtorno de receber a verba indenizatória menor do que lhe é devido. Neste sentindo, entendeu o Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT – DECISÃO QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE A AÇÃO – IRRESIGNAÇÃO – RETIFICAÇÃO DE ERRO MATERIAL CONSTANTE NO DECISUM OBJURGADO – MÉRITO – AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO SEGURO – EXISTÊNCIA DE DANOS FÍSICOS AO AUTOR DECORRENTES DO ACIDENTE SOFRIDO – CANCELAMENTO DO SINISTRO PELA SEGURADORA – CONSTRANGIMENTO – **IMPOSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DO**



William Oliveira
ADVOCACIA

VALOR DO SEGURO NO TRATAMENTO MÉDICO A QUE FORA SUBMETIDO O DEMANDANTE – OCORRÊNCIA DE DANO MORAL – MANUTENÇÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL – MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Cível nº 201800734169 nº único0001377-19.2017.8.25.0008 - 1ª CÂMARA CÍVEL, Tribunal de Justiça de Sergipe - Relator (a): Osório de Araújo Ramos Filho - Julgado em 29/01/2019) (TJ-SE - AC: 00013771920178250008, Relator: Osório de Araújo Ramos Filho, Data de Julgamento: 29/01/2019, 1ª CÂMARA CÍVEL)

Ainda sobre o tema, vale ressaltar a recente decisão do TJ GO, *in verbis*:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO, DPVAT. AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO PELO PROPRIETÁRIO VEÍCULO. **SÚMULA 257 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. APLICAÇÃO. PRECEDENTES.** II. HONORÁRIOS. FIXAÇÃO ADEQUADA. VALOR DA CONDENAÇÃO. Não existem fundamentos para relativizar o entendimento consolidado na Súmula nº 257 do Superior Tribunal de Justiça cujo enunciado estabelece que *“A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização?”*. **Mesmo porque Lei nº 6.194/1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, às pessoas transportadas ou não, constitui normativo legal não excepciona o pagamento em casos de inadimplência do prêmio do seguro, sendo tal condicionamento vedado, pois não compete ao intérprete da lei estabelecer restrições que o próprio texto não fez.** II. Desprovido o apelo, de forma integral, aplicável a majoração dos honorários de advogado neste juízo ad quem, como determina o § 11 do artigo 85 do Digesto Processual Civil. APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA.

(TJ-GO - APL: 04472074120148090024, Relator: Des(a). FAUSTO MOREIRA DINIZ, Data de Julgamento: 04/05/2020, Caldas Novas - 2ª Vara Cível, Data de Publicação: DJ de 04/05/2020)

Vale ressaltar ainda as Súmulas 246 do Superior Tribunal de Justiça:

Súm. 246. O valor do seguro obrigatório deve ser deduzido da indenização judicialmente fixada.

Ante as razões expostas, cumpre salientar que, a indenização por dano moral deve representar para a vítima uma satisfação capaz de amenizar, de alguma

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

forma, o abalo sofrido e de infligir ao causador sanção e alerta para que não reitere o ato, uma vez que fica evidenciado completo descaso aos transtornos causados.

III. DOS PEDIDOS

Ante as razões expostas, **REQUER-SE:**

1. A concessão da Assistência Judiciária Gratuita, nos termos do artigo 98 do Código de Processo Civil;
2. A citação da Requerida, para, querendo, responder à presente demanda nos termos da lei, sob pena de sua revelia;
3. A autora OPTA, pela NÃO DESIGNAÇÃO DE ASSENTADA CONCILIATÓRIA, nos termos em que dispõe o art. 334, §5º do CPC;
4. Seja oficiado o setor de PERÍCIAS DO TJ/SE, a fim de proceder com a designação e realização de perícia médica para fins de constatar o grau de incapacidade que acomete o ora postulante;
5. Ao final, seja julgado totalmente procedente o pedido, com a condenação do requerido ao pagamento imediato do valor apurado, tendo em vista o grau de incapacidade da autora, devidamente atualizado até a data da efetiva restituição;
6. Seja o requerido condenado a pagar ao requerente um *quantum* a título de danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a ser arbitrado por este juízo, considerando as condições das partes, principalmente o potencial econômico-social da lesante, a gravidade da lesão, sua repercussão e as circunstâncias fáticas;



William Oliveira
ADVOCACIA

7. Ao final, a condenação do requerido em custas judiciais e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento).

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas e cabíveis à espécie.

Dar-se á presente o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Termos em que,

Pede deferimento.

Canhoba/SE, 19 de outubro de 2020.

WILLIAM OLIVEIRA SANTOS

11.081 OAB/SE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



JEOVAN FERREIRA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.391.022-7 2.ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/07/2018

NOME JEOVAN FERREIRA

FILIAÇÃO MARIA RHEGINO FERREIRA

NATURALIDADE ALTO LAGO FERREIRA

CANADIA-SE DATA DE NASCIMENTO 27/10/1970

DOC ORIGEM CT. CASAMENTO 11057401552003200006216000040298

CART. DIST. COM. ALIENADA-E.

CPF 166.890.918-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
166.890.918-99

Nome
JEOVAN FERREIRA

Nascimento
27/10/1970

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CS 000004319230
9 DETRAN - SE Nº 013269267168
3 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1 00333422716 00000000000 2017

1 NOME
2 JEOVAN FERREIRA
4 *****
4 *****
0 *****

1 CPF / CNPJ PLACA
8 166.890.918-99 NVH7505

8 PLACA ANT./UF CHASSI
NVH7505/SE 9C2JC4120BR728111

ESPECIE / TPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES 2011 2011

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/12CV/124CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I PAGO ***** 1*****
V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2*****
A ***** 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2017

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
SEM RESTRIÇÕES

CANHOBA-SE DATA
25/07/2017

DIRETOR-PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013269267168 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 25/07/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
** 166.890.918-99 NVH7505

RENAVAM MARCA / MODELO
333422716 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2011 9 9C2JC4120BR728111

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 24/07/2017

SEGURADORA LÍDER : DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMESE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.

(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de transito em 15/05/2018

JEOVAN FERREIRA POR TRAUMA DE ALTA ENERGIA sofreu traumatismo de face com ferimento profundo atingindo nervos cutâneos CID10 - S01.4 e ferimento mão esquerda que atingiu o complexo tendinoso CID10- S66

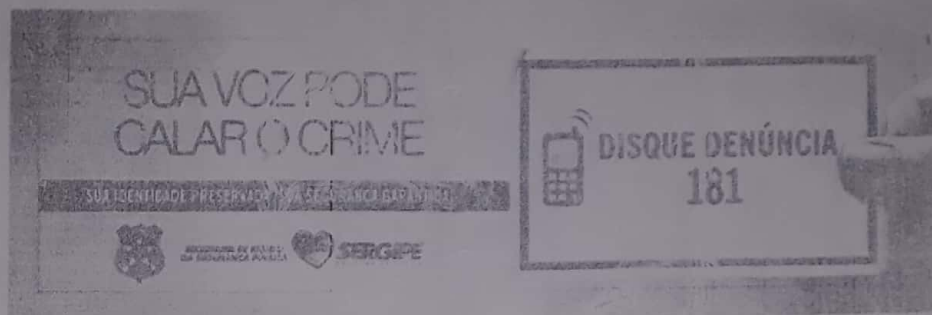
Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Redução da mobilidade dos quirodáctilos esquerdos com distúrbio de sensibilidade. Dormencias dolorosas da face por lesão de nervos cutâneos regionais.

Aracaju, 22 de agosto de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

Adelino Carvalho Neto
Adelino Carvalho Neto
ORTOPEDISTA
CREMESE 161



DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

AV. PARAGUAI, CENTRO FONE: (79)3341-1233

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06527.0-000258

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

Endereço: AV. PARAGUAI, CENTRO FONE: (79)3341-1233

FATO

Data e Hora do Fato: 15/05/2018 - 05:30 até 15/05/2018 - 05:30

Endereço: POV MULUNGU Número: Complemento: CEP: 49790-000

Bairro: CENTRO Cidade: AQUIDABÃ - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Entregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JEOVAN FERREIRA

Nome do pai: ANTONIO FERREIRA Nome da mãe: MARA RIBEIRO FERREIRA

Pessoa: Física CPF/CGC: 166.890.918-99 RG: 335102270 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CANHOBA Data de nascimento: 27/10/1979 Sexo: Masculino Cor da pele:

Profissão: TRABALHADOR RURAL Estado civil: Casado Grau de instrução:

Endereço: POVOADO MAMOEIRO Número: Complemento:

CEP: 49.790-000 Bairro: Cidade: CANHOBA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79998767926

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE E PROPRIETÁRIO DA MOTO DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2011, CHASSI 9C2JC4120BR728111, QUE NO DIA E DATA ACIMA CITADOS COLIDIU COM UM ANIMAL E ACABOU FRATURANDO SUA MÃO ESQUERDA E SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DO ROSTO; QUE SUA MOTO TEVE O TANQUE AMASSADO, FAROL DIANTEIRO, PISCA LATERAL E PEG CENTRAL DANIFICADOS. PEDE PARA FINS DE REGISTRO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 21/05/2018 às 10:42

Última Alteração: 21/05/2018 às 10:42

OBS: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal da parte que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provojar a ação da 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.

Jevan Ferreira
JEOVAN FERREIRA
Responsável pela comunicação

Paulo José Barbosa da Silva
Responsável pelo preenchimento

Karem Louise dos Santos

Del. ...un. Aquidabã

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JEQUAN FERREIRA

DATA DO ACIDENTE 27/10/70 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 166 890 918-99

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 166 890 918-99
 E-mail _____ Tel.: 22 998 67926
 Data 26/06/2018 Assinatura Jequân Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) A E AGUICABA/DR-SE
 Atendente _____ Matrícula _____
 Data: _____ Assinatura: _____

TOTAL DO ATENDIMENTO (R\$) 51,06

valor Declarado não solicitado(RR)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios: recomenda cilíndrica ou esférica implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8 01

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JEQUAN FERREIRADATA DO ACIDENTE 27/10/70 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 166.890.918-99

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 166.890.918-99E-mail _____ Tel.: (11) 3998.7674Data 26/06/2018 Assinatura Jequân Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AR - AGUAS DE SÃO JOÃO

Atendente _____ Matrícula _____

Data: _____ Assinatura: _____

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 70300038 - AC AQUIDABA
AQUIDABA - SE
CNPJ....: 34028316039581 Ins Est.: 270510974

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 284690116
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 26/06/2018 Hora.....: 15:26:03
Caixa.....: 87071812 Matrícula...: 89016556
Lancamento.: 003 Atendimento: 00002
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1490111885

| DESCRIÇÃO | QTD. | PREÇO(R\$) |
|---|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30 | 1 | 21,75+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 21,75 | |
| Peso real (G)..... | 100 | |
| CNPJ/CPF Remet.: 16689091899 | | |
| Nome Remetente.: JEDVAN FERREIRA | | |
| Endereço Remet.: SEM LOGRADOURO DEFINIDO PO | | |
| Cont Endereço...: V MAMOEIRO, SN - ZONA RU | | |
| Cep Remetente...: 49880-000 | | |
| Cidade Remet....: CANHOBA | | |
| UF Remet.....: SE | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 29,31+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 29,31 | |
| Cep Destino: 20031-205 (RJ) | | |
| Peso real (G)..... | 100 | |
| OBJETO.....: DY469069750BR | | |

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios. E
comenda cilíndrica ou esférica i
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOVAN FERREIRA
 DATA DO ACIDENTE 15/05/2018 CPF DA VÍTIMA 166.892.918-99
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL (X) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR POV. MAMOEIRO
 Nº SN COMPLEMENTO SÍTIO BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE CAVALCANTE UF SE CEP 49880-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (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)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO 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)
- () CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVERÍCO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

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

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/05/2018
 IDENTIDADE 24/05/2018
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

1320 JOURNAL OF CLIMATE

TOTAL 160 ATTENDING NEDS 50,246

A LABORER

Reconheço a prestação dos serviços acima prestados, o que qual(is) pessoa(s) mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

SERV. POSTALS, DIRECTOR : DEPT. 5 111 11565 76

ganho tempo⁴
Baixe o APP de Fre Alodimento dos Correntes

Abstract

DY 32006633 5 BR

DY 32006591 9 BR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

JEOVAN FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
33910227 SSP SE

CPF
166.890.918-99

DATA NASCIMENTO
27/10/1970

FILIAÇÃO
ANTONIO FERREIRA

MARIA RIBEIRO FERREIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

1ª REGISTRO

02688494329

VALIDADE

28/01/2024

1ª HABILITAÇÃO

25/03/1991

OBSERVAÇÕES

EAR:

Jeovan Ferreira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

07/02/2019

Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo

Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

46415115537
SE021913366

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1830132911

PROIBIDO PLASTIFICAR
1830132911

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JEOVAN FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180312753**

Vítima: **JEOVAN FERREIRA**

Data do Acidente: **15/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312753**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13089666

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JEOVAN FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180312753**

Vítima: **JEOVAN FERREIRA**

Data do Acidente: **15/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180312753**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13089666



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

João Feres

{ Use 4

① Dopamin flex
João Feres

8/8/17
8 dias

Data: 05/06/18

Dr. Adelino Carvatin
Cirurgião
CRM 5433
Trabalho SBOT - 15089

Médico (Assinatura e Carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

João Feres

R Mioflex - 4 1g
RIP

Adelino Carvatin
Ortopedista
CRM 5433
Trabalho SBOT - 15089
Data: 10/07/18

Médico (Assinatura e Carimbo)

Nome: Jelson Ferreira

Endereço: _____

Encontra-se em tratamento fisioterapêutico neste clínico, devido ao acidente motorístico aproximadamente 3 meses, onde fraturou mão E e encaminhado ao setor de fisioterapia. Relato dor durante os movimentos de flexo extensão, do punho, prono supinação do antebraço devido a dor. Presença de parestesia em MSE. Necessitando dor continuidade ao seu tratamento em benefício do seu quadro clínico. Reduzir no momento alongamentos, mobilizações, cinesio e fortalecimento de leve resistência devido a dor.

12.11.18

J. Jureia Santana O. Correia
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 148163 - F
794.844.135 - 00

Rodovia Eronildes Ferreira de Carvalho, S/N - CEP 49.880-000
CNPJ 11.640.517/0001-61 - Canhoba/Sergipe

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 594908
CNS:DATA: 15/05/2018 HORA: 19:36 USUARIO: CSANDRADE
SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOEVAN FERREIRA DOC...: 33910227
IDADE.....: 47 ANOS NASC: 27/10/1970 SEXC...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV MAMUEIRO NUMERO: 154
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: CANHOBA UF: SE CEP...: 49880-000
NOME PAI/MAE...: ANTONIO FERREIRA /MARIA RIBEIRO FERREIRA
RESPONSAVEL...: A CUNHADA TEL...: 0000000000
PROCEDENCIA...: CANHOBA-SE 00000
ATENDIMENTO...: QUEDA
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: 15/05/2018

Primeiro sintoma de dor abdominal tipo 4 no abdome. dor
nao se localiza, dor de tipo 6 no abdome
A dor e abdominal e vem de baixo do abdome e vai para o lado direito
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: - Nao altera, dor no abdome
do tipo 6 no abdome e dor de tipo 6 no abdome
do tipo 6 no abdome

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 15/05/2018

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): HUS

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Pedro Bastos Monteiro
Cirurgião Geral
CRM RJ 01 - A1 75134 - SE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA
"SÃO VICENTE DE PAULA"

PRONTO SOCORRO
PRÉ-CONSULTA / ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
ENCAMINHAMENTO

☐ SAMI

☐ BUSCA ESPONTÂNEA
Queixa Principal:

Patologia/Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias ☐ HAS ☐ Etilista ☐ Tabagista

ALERGIAS:

Outros:

Dados Vitais:

P.A.: X FC: Tax: FR: Glicemia: SPO₂: Peso:

RESPONSÁVEL (ASS. E CARIMBO)

HORA DO ATEND:

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE

DATA / HORA

Queixa ref.
P/ queixa de fadiga.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MÉDICO): ☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELO ☐ VERMELHO

DIAGNÓSTICO:

Fatiga de S. Wilson

CID:

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA / HORA

① Verificar / verificar
② Evol. de S. Wilson

Dr. Adilson N. S. S. M.
Ortopedia e
CRM 111.111
Membro Titular SBO 15500

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA / HORA

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULA
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JEQUAN Yonobina
SEXO: Masc. (☒) Fem. () IDADE: 44 ANOS CARTÃO SUS: _____
MUNICÍPIO DE ORIGEM: Canhotã SETOR DO HOSPITAL: 2ª UNP

QUADRO CLÍNICO

Paciente admitido em 10/06/2016 com queixa de dor no abdômen de 06/06/2016.
com suspeita de apendicite aguda.

DIAGNÓSTICO: apendicite aguda

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

antálgico + antibiótico
segunda

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados):

RA de abdômen + mac

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HUSE

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 15/06/16 HORA DO CONTATO: _____

MOTIVOS DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de Vaga () Hemoderivados

() Procedimento Especializado

() Falta de Recurso

() Equipe Incompleta

(☒) Outros AV. Cirurgião Bucconski

CONTATO: Dr. Botelho Cirurgião Geral HORA DO CONTATO: _____

VEÍCULO UTILIZADO: Ambulância do Hospital ☒ Amb. do Município () SAMU: USB: () USA: ()

- * SOMENTE PREENCHER ESTA FICHA SE O PACIENTE FOR TRANSFERIDO NOS TRANSPORTES ACIMA CITADOS;
- * MÉDICO/ENFERMEIRO FAVOR ESPECIFICAR O MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA DA MELHOR FORMA POSSÍVEL, DESCREVENDO OS MOTIVOS ABRANGENTES NAS LINHAS CORRESPONDENTES;
- * É MUITO IMPORTANTE A IDENTIFICAÇÃO DO TRANSPORTE UTILIZADO;
- * É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE QUADRO DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA;
- * SEMPRE FAZER A GUIA DE TRANSFERÊNCIA EM DUAS VIAS.

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR
(ASSINATURA E CARIMBO)

MÉDICO SOLICITANTE
(ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. Pedro Bastos Monteiro
Cirurgião Geral
CRM: 0840 - AL/5134 - 98



William Oliveira
ADVOCACIA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JEOVAN PEREIRA, brasileiro, casado, lavrador, portador do RG de nº 33910227 e regularmente inscrito no CPF sob o nº 166.890.918-99, residente e domiciliado no Povoado Mamoeiro, s/n, Zona Rural, Canhoba-SE.

OUTORGADO: WILLIAM OLIVEIRA SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados – Seccional Sergipe, sob o nº 11.081, com escritório profissional localizado na Praça Rubens Oliveira, nº 1.100, Centro, Aquidabã/SE.

PODERES OUTORGADOS: pelo presente instrumento particular de mandato, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, para atuação em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** para sacar ALVARÁ, RPV, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes.

FORMA DE PAGAMENTO: O Contratante pagará ao Contratado o equivalente a 30% (trinta por cento) em caso de êxito da presente demanda

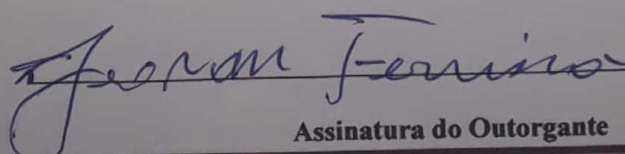
O Contratado compromete-se a realizar todos os serviços advocatícios descritos no preâmbulo deste contrato utilizando-se dos meios administrativos e judiciais próprios, em busca do objeto contratado;

- Em caso de eventual pagamento de custas e emolumentos judiciais estas correrão por responsabilidade do Contratante;
- Em caso de rescisão contratual promovida pelo Contratante este se obriga, quando do recebimento dos valores objeto da avença, ao pagamento integral dos honorários especificados na Forma de Pagamento;
- As partes elegem o foro da Comarca de Aquidabã/SE para a execução de qualquer das condições firmadas através do presente contrato.

FINALIDADE: de forma especial e expressa concede(m) o(s) outorgante(s) ao(s) outorgado(s) os poderes acima descritos para ajuizar a presente Ação Judicial em face da Seguradora Líder.

DECLARO, com base na Lei 7.115 de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no artigo 4º da Lei 1.0601 de 05/02/1950, e da Constituição Federal em seu artigo 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Aquidabã/SE, 03 de junho de 2019.


Assinatura do Outorgante

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 028.348.510

DADOS DO CLIENTE:

JEOVAN F*****

POV MAMO**** 00000 49880000

CANHOBÁ



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc. Est. 270.767.436



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
3/588454-9



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA
OUT/2020



APRESENTAÇÃO
08/10/2020



CONSUMO
91 kWh



VENCIMENTO
16/10/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 49,58

Destaque aqui

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|------------------------------------|--|--|
| BANCO DO BRASIL | | 001-9 | | 00190.00009 03268.919002 01199.680172 2 84100000004958 | |
| LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | VENCIMENTO 16/10/2020 | |
| BENEFICIÁRIO ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA | | | | CNPJ 13.017.462/0001-63 | |
| ENDEREÇO RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150 | | | | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO | |
| | | | | NOSSO NÚMERO 32689190001199680 | |
| DATA DO DOCUMENTO 08/10/2020 | Nº DOCUMENTO 000000000-2020-10-4 | ESPÉCIE DOC DS | ACEITE N | DATA DO PROCESSAMENTO 08/10/2020 | (=) VALOR DO DOCUMENTO 49,58 |
| | CARTEIRA 17 | ESPÉCIE R\$ | QUANTIDADE | VALOR | (-) DESCONTOS / ABATIMENTOS |
| INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA. | | | | | (-) OUTRAS DEDUÇÕES |
| | | | | | (=) MORA/MULTA |
| | | | | | (=) OUTROS ACRÉSCIMOS |
| | | | | | (=) VALOR COBRADO |
| PAGADOR JEOVAN F***** | | | CNPJ/CPF 166.8**.*-**-** | | |
| POV MAMO**** 00000 49880000 | | | CANHOBÁ (AG: 468) | | |
| SACADOR/AVALISTA | | | CÓD. DE BAIXA | | |



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Ficha de Compensação

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ser necessário de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

00144-SP

Série

Número 95669



Polegar Direito



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

JOVAN FERREIRA

Loc. Nasc.

CANHOBA

Est.

SE

Data

27.10.1970

Filiação

Antonio FERREIRA

Filiação

EDUARDA RIBEIRO FERREIRA

Est. Civil

Solteiro

Doc. Nº

Fls.

Liv.

Reg. Civil

Outro doc.

22.389.370-5

Situação Militar:

Doc. Nº

Órgão

Est.

Naturalizado Dec. Nº

Est.

/ /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. Nº

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

29/10/1999

DRT

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01, 08, 92 Para Cr\$ 1.033.335,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 74,25

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em 01, 08, 92 Para Cr\$ 1.044.671,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 100

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em 01, 10, 92 Para Cr\$ 1.358.100,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 50

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em 01, 12, 92 Para Cr\$ 2.573.000,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de auxílio

coletivo 89,45

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01, 01, 93 Para Cr\$ 3.088.000,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 201

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em 01, 02, 93 Para Cr\$ 3.860.000,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 25

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em 01, 03, 93 Para Cr\$ 4.440.000,00

Na função de a mesma

CBO por motivo de antec.

Salário 75

Assinatura do empregador

COMERCIAL CIBRASIL LTDA.

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060100257

DATA:

20/10/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

concluso</br>{Via Movimentação em Lote nº 202000089}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060100257

DATA:

26/10/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Defiro os benefícios da gratuidade judiciária pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, bem como no art. 98 do Código de Processo Civil. Tendo em vista a impossibilidade de realização de acordo ante a expressa informação prestada pela parte autora e, considerando que na maioria das vezes as instituições financeiras não oferecem proposta, deixo de designar audiência de conciliação. Contudo, havendo propositura de acordo, poderá ser informado pela parte requerida a qualquer tempo. Sendo assim, cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, CPC. Apresentada a contratação, se levantadas preliminares (art. 337, CPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, ou, havendo juntada de documentos (art. 341 e art. 437, CPC), intime-se a parte autora para que se manifeste, no prazo de 15 (quinze) dias. Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, CPC). Ausentes requerimentos de produção de provas em audiência, os autos seguirão conclusos para sentença. Cumpra-se.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Canhoba/Comarca de Gararu**

Nº Processo 202060100257 - Número Único: 0000247-98.2020.8.25.0004

Autor: JEOVAN FERREIRA

Réu: SEGURADORA LIDER

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Defiro os benefícios da gratuidade judiciária pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, bem como no art. 98 do Código de Processo Civil.

Tendo em vista a impossibilidade de realização de acordo ante a expressa informação prestada pela parte autora e, considerando que na maioria das vezes as instituições financeiras não oferecem proposta, deixo de designar audiência de conciliação. Contudo, havendo propositura de acordo, poderá ser informado pela parte requerida a qualquer tempo.

Sendo assim, cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, CPC.

Apresentada a contratação, se levantadas preliminares (art. 337, CPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, ou, havendo juntada de documentos (art. 341 e art. 437, CPC), intime-se a parte autora para que se manifeste, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, CPC).

Ausentes requerimentos de produção de provas em audiência, os autos seguirão conclusos para sentença.

Cumpra-se.

(JR)



Documento assinado eletronicamente por **GLAUBER DANTAS REBOUCAS, Juiz(a) de Canhoba/Comarca de Gararu**, em 26/10/2020, às 10:24:09, 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 **2020002043488-04**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060100257

DATA:

23/11/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico e dou fé que expedi a Carta(s) de Citação(ões).

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANHOBÁ/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE CANHOBÁ
Rod. Eronides Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, Canhoba/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060100257

DATA:

23/11/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202060100905 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA
[TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): SEGURADORA LIDER}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Canhoba/Comarca de Gararu
Avenida Presidente Costa e Silva s/n
Bairro - Centro Cidade - Gararu/SE
Cep - 49830000 Telefone - 3354-8500

Normal(Justiça Gratuita)



202060100905

PROCESSO: 202060100257 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0000247-98.2020.8.25.0004
NATUREZA: Procedimento Comum Cível
REQUERENTE: JEOVAN FERREIRA
REQUERIDO: SEGURADORA LIDER

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: Defiro os benefícios da gratuidade judiciária pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, bem como no art. 98 do Código de Processo Civil. Tendo em vista a impossibilidade de realização de acordo ante a expressa informação prestada pela parte autora e, considerando que na maioria das vezes as instituições financeiras não oferecem proposta, deixo de designar audiência de conciliação. Contudo, havendo propositura de acordo, poderá ser informado pela parte requerida a qualquer tempo. Sendo assim, cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, CPC. Apresentada a contratação, se levantadas preliminares (art. 337, CPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, ou, havendo juntada de documentos (art. 341 e art. 437, CPC), intime-se a parte autora para que se manifeste, no prazo de 15 (quinze) dias. Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, CPC). Ausentes requerimentos de produção de provas em audiência, os autos seguirão conclusos para sentença. Cumpra-se.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEGURADORA LIDER
Residência : RUA SENADOR DANTAS, 5º andar, 74
Bairro : CENTRO
Cep : 20010000
Cidade : RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **MARIA IRMA DE ALBUQUERQUE SANTOS, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Canhoba/Comarca de Gararu,** em 23/11/2020, às 10:51:36, 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 **2020002261264-95**.