



Número: **0800690-88.2019.8.20.5145**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível da Comarca de Nísia Floresta**

Última distribuição : **12/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 15.000,00**

Assuntos: **Adimplemento e Extinção**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>IVONALDO GONCALVES DA SILVA (AUTOR)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47733 222	12/08/2019 10:22	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
47735 739	12/08/2019 10:22	<a href="#">atrstado medico</a>	Documento de Comprovação
47735 741	12/08/2019 10:22	<a href="#">extrato do banco</a>	Documento de Comprovação
47735 743	12/08/2019 10:22	<a href="#">docs da dpvat</a>	Documento de Comprovação
47735 744	12/08/2019 10:22	<a href="#">doc pessoais ivonaldo</a>	Documento de Comprovação

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA  
COMARCA DE NÍSIA FLORESTA.**

IVANILDO GONÇALVES DA SILVA, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 718.406.904-88, residente e domiciliado no Povoado de Campo de Santana, 26, Campo de Santana, Nísia Floresta/RN, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº 9.099/95, promover a presente:

**AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E CONDENAÇÃO EM DANOS MORAIS.**

Em desfavor SEGURADORA LIDER – SEGURO DPVAT, vinculada ao CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Assembleia, 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20011-904, Com base nos fatos e fundamentos a seguir expostos.

**II – SITUAÇÃO FÁTICA.**

O autor vem pleitear a presente demanda, tendo em vista no dia 24/02/2019 o autor foi vítima de atropelamento conforme B.O em anexo.

Segue relatando que devido ao acidente, teve várias lesões, conforme atesta os Boletins médicos em anexo.

Devido ao acidente ocorrido, o autor deu entrada ao referido seguro no dia 24/05/2019, conforme formulário em anexo.

Para tanto, encaminhou toda documentação exigida pela empresa.

Conforme carta em anexo, a empresa deu o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido. Ocorre que desde o cadastro do pedido, já se passaram cerca de 5 meses.



O autor entrou em contato com a referida empresa, a fim de obter informações sobre o deferimento da indenização. A atendente informou ao autor que a suposta quantia da indenização estaria disponível até o dia 10/07/2019 na quantia de R\$ 1.650,00 (mil seiscentos e cinquenta reais), e que seria depositado na conta poupança do autor, dados em anexo. Ocorre que no dia informado, o autor, consultou sua conta e não tinha nada depositado, conforme extrato em anexo.

Em razão disso, o autor tentou um último contato com a empresa no dia 09/08/2019. Na ocasião a atendente informou que o valor da indenização teria retornado para a seguradora. Percebe-se Excelência que ao autor está sendo totalmente lesado, devido a conduta da empresa ré.

### DOS DANOS MORAIS E MATERIAIS

Com relação à reparação do dano, tem-se que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito, ficando obrigado a reparar os prejuízos ocasionados (Art. 186 e 187 do CC).

No caso exposto, é nítida a falha na prestação de um serviço adequado por parte da empresa demandada.

Sendo assim, é de inteira justiça que seja reconhecido o direito do autor, condenando a empresa demandada ao pagamento da indenização devida ao autor, de acordo com as lesões sofridas. Requer ainda a condenação da empresa ao pagamento de uma indenização a títulos de danos materiais, referente ao tempo despendido pelo autor, e aos gastos médicos, transporte, tudo devidamente comprovado em anexo, a danos morais, devido ao desrespeito ao qual foi submetido, e ao abalo emocional sofrido, no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

### DOS PEDIDOS

Frente a todos os fatos e fundamentos expostos, requer a Autora, que se digne Vossa Excelência a:

- a) CONCEDER OS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA, uma vez que a Autora não possui condições financeiras de arcar com as possíveis despesas do processo, sem abrir mão do próprio sustento;
- b) Designar audiência de conciliação, citando o Réu através dos correios para o seu comparecimento e, não havendo acordo, querendo, apresente sua defesa, sob pena de incorrer contra si os efeitos da revelia;
- c) No mérito, que seja a empresa demanda condenada a proceder com liberação da indenização referente ao acidente exposto, bem como um indenização a título de danos morais e materiais suportados, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Dá-se a causa o valor de R\$ 10.000,00 (quinze mil reais)

Termos em que,

pede e espera deferimento.



Nísia Floresta – RN, 12 de agosto de 2019

IVANILDO GONÇALVES DA SILVA

**Promovente**





Policlínica

MIPIBU

Saúde para toda família

PROTOCOLO  
RECEBIDO

18 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

Israeldo Gonçalves da Silva

R/

Paciente submetido a redução incremental de luxação de quadril E em 25/02/2019, sob anestesia após trauma, no Uaup.

Deolécio Marques de Lucena.

Refere dor no quadril ao deambular.

Ao exame: Flexão 90°, RL diminuída.

Não trouxe exames de imagem p/ avaliação.

Neste trauma foi submetido a laparotomia.

Nascimento de avaliação serial.

CID S73.0 / M25.5

18/06/19

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM RN 6963/TEOT 15251

DIRETOR TÉCNICO  
Dr. Francisco Figueiredo  
de Andrade  
CRM - 1516

Praça Cap José da Penha, 73 - Centro - São José de Mipibu/RN  
(84) 3273-2248 / 3273-2533





AUTO-ATENDIMENTO - AG SAO JOSE DE MIPIMBU  
DATA: 05/08/2019 HORA: 12:54:19  
TERMINAL: 48451004 CONTROLE: 484510040325

AGÊNCIA: 2008 - PARNAMIRIM  
CONTA: 013.00091604-9  
CLIENTE: IVONALDO G DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
17/07	7,38

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	10,04C
--	--	----------------	--------

Julho

17/07	000000	REM BASICA	0,00C
17/07	000000	CRED JUROS	0,04C
30/07	190730	EXTMESELET	2,70D

RESUMO EM 02/08

SALDO	7,38C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	7,38C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	7,38C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



Assinado eletronicamente por: LEONARA BATISTA DA SILVA - 12/08/2019 10:10:34

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081210103377200000046172779>

Número do documento: 19081210103377200000046172779

guardados. Não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

05/06/2018

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

05/06/2018

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**



Assinado eletronicamente por: LEONARA BATISTA DA SILVA - 12/08/2019 10:10:34

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081210103377200000046172779>

Número do documento: 19081210103377200000046172779



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAO JOSE DO MIPIBU  
DATA: 30/07/2019 HORA: 14:05:30  
TERMINAL: 48451006 CONTROLE: 484510060649

AGÊNCIA: 2008 - PARNAMIRIM  
CONTA: 013.00091604-9  
CLIENTE: IVONALDO G DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
17/07	10,08

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	10,04C
--	--	----------------	--------

Julho

17/07	000000	REM BASICA	0,00C
17/07	000000	CRED JUROS	0,04C

RESUMO EM 29/07

SALDO	10,08C
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	10,08C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	10,08C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



Assinado eletronicamente por: LEONARA BATISTA DA SILVA - 12/08/2019 10:10:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081210103377200000046172779>

Número do documento: 19081210103377200000046172779



www.caixa.gov.br

0800 726 0101  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

0800 726 2492  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
0800 725 7474  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

05/08/2018

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**  
www.caixa.gov.br

0800 726 0101  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

0800 726 2492  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
0800 725 7474  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

05/08/2018

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**  
www.caixa.gov.br

0800 726 0101  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

0800 726 2492  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
0800 725 7474  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)



Assinado eletronicamente por: LEONARA BATISTA DA SILVA - 12/08/2019 10:10:34

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081210103377200000046172779>

Número do documento: 19081210103377200000046172779

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 718.406.904-88 Nome completo da vítima: LUONALDO GONÇALVES DA SILVA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: LUONALDO GONÇALVES DA SILVA CPF: 718.406.904-88  
 Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA ANÍSIA GONÇALVES Número: 26 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: CAMPO DE SANTANA Cidade: NÍSIA FLORESTA Estado: RN CEP: 59164-000  
 E-mail: (84) 98143-1168 Tel. (DDD): (84) 98141-7465

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

DADOS CADASTRAIS

**RENDA MENSAL:**  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R 1.000,00  R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00  R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00  
 SEM RENDA  R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00  R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00  ACIMA DE R 10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 2008 CONTA: 916091 9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de período.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: ABAYM 24/05/19  
 Nome: ANTONIO PORRAS FILHO  
 CPF: 090.517.084-96  
Antonio Porras Filho  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

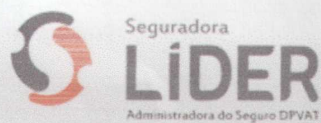
**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: Jãoilton Gonçalves Gomes  
 CPF: 014.409.594-50  
Jãoilton Gonçalves Gomes  
 Assinatura  
 2ª | Nome: Helelene da Silva Raposo  
 CPF: 708.093.454-86  
Helelene da Silva Raposo  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



V001/2018





( / )








Buscar no site










Seguro DPVAT / Como Pedir Indenização (/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

## Documentação Invalidez Permanente

### ACESSIBILIDADE

 (/Pages     
/Acessibilidade.aspx) (/Pages

/Atalhos-de-

        
Consulte o prazo  
para pedir  
indenização

Para morte: a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do óbito.

Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente.

Para invalidez permanente: prazo de 3 anos a contar da ciência da invalidez permanente da vítima.

DD/MM/AAAA



### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages /Documentacao-

Abaixo, você irá encontrar os documentos normalmente requeridos para a análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT. Em casos especiais, a seguradora poderá solicitar algum documento ou informação complementar. Se isso acontecer, lembre-se que o objetivo dessa solicitação é garantir que o pagamento seja realizado em favor do legítimo beneficiário.

Os documentos para abertura do pedido de indenização só poderão ser entregues pela própria vítima, beneficiário ou representante legal. A apresentação da documentação por terceiros somente será possível após entrega de procuração específica para dar entrada no Seguro DPVAT.

### Documentos do Acidente

→ **Boletim ou Registro de Ocorrência Policial** (original ou cópia autenticada): documento oficial emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima, conforme a Lei (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiro Militar).

**O boletim de ocorrência (BO) é um documento muito importante para pleitear sua indenização e nele deverão constar as informações a seguir:**

- 1) a identificação e assinatura da autoridade

04/04/2019 12:31



Despesas-  
Medicas.aspx)  
Documentos Morte  
(/Pages  
/Documentacao-  
Morte.aspx)  
Dicas Indispensáveis  
(/Pages/Dicas-  
Indispensaveis-Para-  
Pedir-  
a-Indenizacao.aspx)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages  
/Saiba-como-  
pagar.aspx)  
Consulta a Pagamentos  
Efetuados (/Pages  
/Consulta-  
a-Pagamentos-  
Efetuados.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber  
sobre o andamento do  
seu pedido de  
indenização. (/Pages  
/Acompanhe-  
o-Processo-de-  
Indenizacao.aspx)

competente (Delegado de Polícia, Escrivão ou outro agente policial);

2) identificação do comunicante do fato (nome completo, identidade, CPF e endereço);

3) identificação do veículo causador do acidente, número da placa, chassi e nome do proprietário do veículo, exceto para os casos de veículo não identificado;

4) a identificação completa da vítima (nome completo, identidade, CPF e endereço);

5) a identificação completa das testemunhas (nome completo, identidade, CPF e endereço), caso existam;

6) a data correta do acidente e o horário;

7) a narrativa de como ocorreu o acidente, como foi prestado o socorro e o hospital para onde a vítima foi levada.

**ATENÇÃO:** O documento deve ser realizado na época em que ocorreu o acidente. Porém, na eventualidade desse registro ter sido feito após o acidente, por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentos adicionais [clique aqui e veja quais são](#), eles devem ser emitidos na data do acidente, ratificando a sua existência, suas circunstâncias e qual é a participação da vítima.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:** Quando o pedido de indenização for referente as coberturas INVALIDEZ e Reembolso de despesas de assistência médica e suplementares (DAMS), com Boletim de Ocorrência emitido \*por ato declaratório ([clique aqui e veja quais são](#)), que envolva motocicleta, e que a vítima na condição de condutora ou passageira, não seja proprietário (a), deverá ser apresentada uma Declaração assinada pelo (a) proprietário (a) da motocicleta com firma reconhecida por "autenticidade". O [modelo da declaração está disponível aqui](#).

04/04/2019 12:31



(<http://www.seguradoralider.com.br/Documents/formularios-indenizacao/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf>).

→ Declaração do proprietário do veículo - (<http://www.seguradoralider.com.br/Documents/formularios-indenizacao/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf>).

**ATENÇÃO:** Apenas para acidente com motocicleta cujo Boletim de Ocorrência tenha sido emitido por Ato Declaratório. O documento deve ser apresentado com firma reconhecida por autenticidade.

#### Documentos da Vítima

Outros (somente em caso de beneficiário representado por procurador)

#### Informações Complementares

Informações importantes sobre o recebimento da indenização

[Voltar \(/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx\)](#)

#### Serviços

› Acompanhe seu Processo (<https://www.seguradoralider.com.br>)  
› Acompanhe-

#### Dúvidas e Respostas

› A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem->

#### Atendimento

› Chat - Atendimento On-line (</Contato>)  
› Chat-e-Atendimento-

04/04/2019 12:31



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190343454**

**Vítima: IVONALDO GONCALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARIA ALVES RAPOSO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVONALDO GONCALVES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14365205

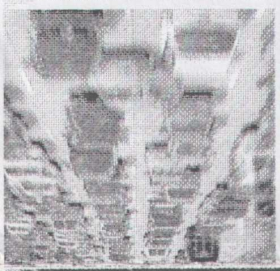


www.seguradoralider.com.br

saiba +

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT



Correios  
RS\$01,95  
30 05 19 - 13:52  
GARTA  
ADM. MATIZ - RJ

IVONALDO GONCALVES DA SILVA  
RUA ANISIA GONCALVES, 26  
CAMPO DE SANTANA  
CEP 59164-000 - NISIA FLORESTA - RN

DEVOLUÇÃO  
Seguradora Líder . DPVAT  
CAIXA POSTAL 40.970  
CEP: 20.270-971  
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios  
 Mudou-se  
 Desconhecido  
 Recusado  
 Ausente  
 Não procurado  
Data / /

Responsável pela informação  
 Morador  
 Síndico  
 Porteiro  
Entregador

Entre em contato conosco  
SAC DPVAT 0800 022 12 04  
www.seguradoralider.com.br

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, WONALDO GONÇALVES DA SILVA,  
RG nº 004.071.275, data de expedição 24/04/19,  
Órgão ITEP, CPF nº 718.406.904-88  
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>RUA ANÍSIA GONÇALVES</u>
Número	<u>26</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>CAMPO DE SANTANA</u>
Cidade	<u>NÍSIA FLORESTA</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59164-000</u>
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: NÍSIA FLORESTA 20/05/19

Antônio Marcos Filho

Assinatura do Declarante







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190387023

Vítima: IVONALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARIA ALVES RAPOSO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

ta nº 14507455



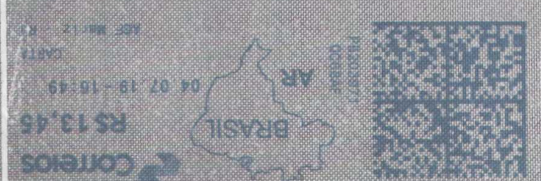
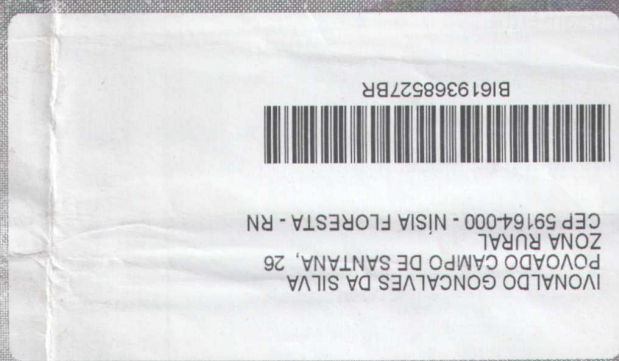
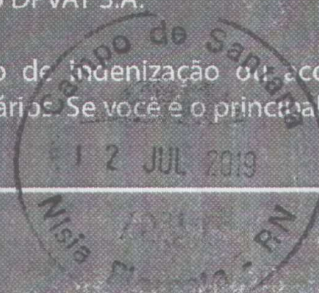


## DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

VANDA TEODOSIO DA SILVA

CPF: 474 096 654-91

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

PO CAMPO DE SANTANA 26

CAMPO DE SANTANA/AREA RURAL  
NISIA FLORESTA RN  
59164-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0227211016	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
01/03/2019	26/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	21,40

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
020225298	UNICA	22/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/02/2019	3000231091	1065971

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	36,0000000	0,50473441	18,17
Contrib. Ilum. Publica Municipal			2,59
Multa por atraso-NF 017268314 - 26/12/18			0,39
Juros por atraso-NF 017268314 - 26/12/18			0,26
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>21,40</b>

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
201103574	CAT	25-01-2019	4.501,00	22-02-2019	4.537,00	28	1,00000		36,00

Mês/Ano kWh	Consumo
FEV 19	36
JAN 19	39
DEZ 18	40
NOV 18	46
OUT 18	44
SET 18	44
AGO 18	39
JUL 18	39
JUN 18	44
MAY 18	42
ABR 18	42
MAR 18	46
FEV 18	43

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
ICMS	18,17	0,85	Geracao de Energia	R\$ 7,20	42,93%
PIS	18,17	0,85	Transmissao	R\$ 1,14	6,27%
COFINS	18,17	0,85	Distribuição (Cosern)	R\$ 5,41	29,77%
			Perdas de Energia	R\$ 1,45	7,98%
			Encargos Setoriais	R\$ 1,52	8,37%
			Tributos	R\$ 0,85	4,65%
			<b>Total</b>	<b>R\$ 18,17</b>	<b>100%</b>

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Pague no ponto mais perto de você (preço de construção: ruínas descobertas, 733, carnaluba / marcadão com preço: rua das manadeiras 7, centralista completa em www.cosern.com.br. O pagamento da Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data da fatura e o prazo em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há violação na continuidade e/ou qualidade do nível de fornecimento. Pague em até 15 dias após a emissão da Nota Fiscal. Após 15 dias, o descumprimento do prazo de faturamento e o inadimplência do cliente é considerado quando há conflito poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorre a suspensão.

**ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO**  
 EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.  
 Valor: 01/02/19 | Data: 22/02/19 | Valor: 22,86 | Valor: 22,86 | Valor: 22,86  
 Este comunicado NÃO substitui o uso de jêllor anterior e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persistir por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios da tabela de preços do Art. 22, III da ANEEL. Podem ocorrer juros sobre juros.

**PROTOCOLO RECEBIDO**  
 18 JUN 2019  
 TERRA DO SOL ADM  
 E CORRETORA DE SEGS.

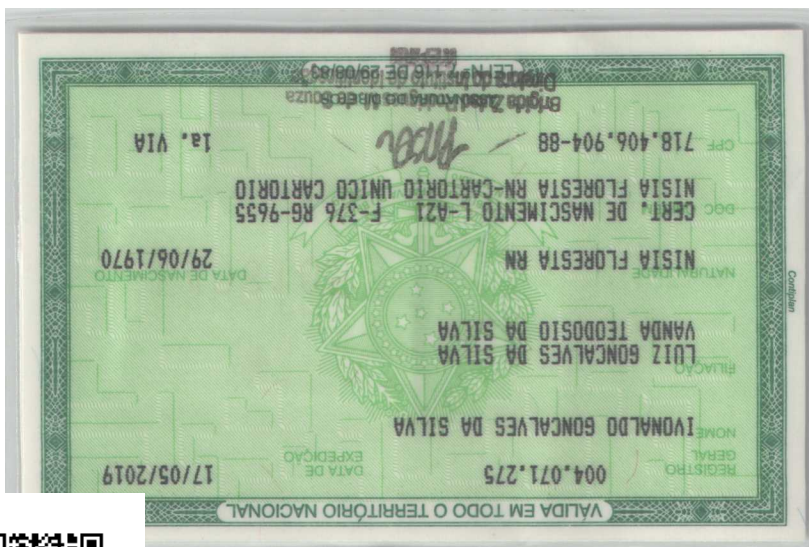
**PROTOCOLO RECEBIDO**  
 18 JUN 2019  
 TERRA DO SOL ADM.  
 E CORRETORA DE SEGS.



Deni de Barros Macêdo Silva  
 Substituta  
 CPF 028 358 134-46

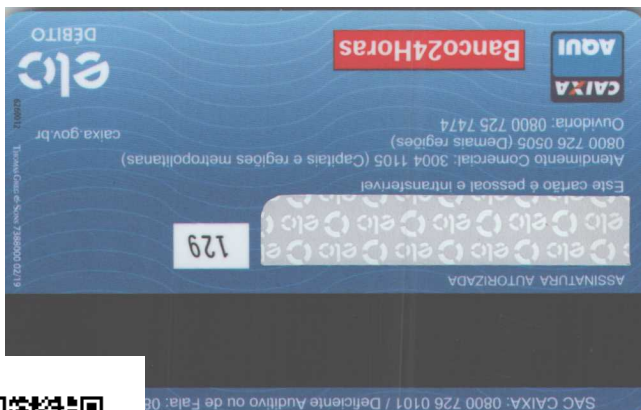








Assinado eletronicamente por: LEONARA BATISTA DA SILVA - 12/08/2019 10:10:36  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081210103659800000046172782>  
Número do documento: 19081210103659800000046172782



SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 08

