



PROCURAÇÃO *AD JUDICIA ET EXTRA*

OUTORGANTES: JOSÉ GOZANGA DA SILVA, brasileiro, casado, desempregado, portadora da cédula de identidade - RG nº 8001086627, SSP/AL, e inscrito no CPF/MF sob o nº 463.061.614-49, residente e domiciliado na Rua Santa Luzia, 59, Cruz das Almas, CEP: 57038-110, Maceió Alagoas.

OUTORGADA: MARICÉLIA SCHLEMPER, inscrita na OAB/AL sob nº 8241 com escritório jurídico na Rua Paulina Maria Mendonça, 260, Jatiúca, CEP: 57035-557, Maceió, Alagoas, Brasil. Endereços eletrônicos: maricelia.direito@yahoo.com.br e maricelia.adv@gmail.com.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula *“ad judicia et extra”*, para, em nome da outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes.

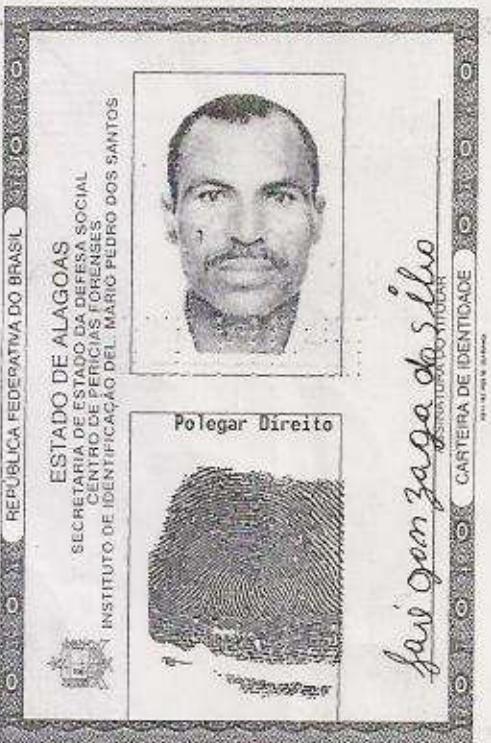
Maceió, AL, 31 de outubro de 2018.

José Gozanga da Silva
JOSÉ GOZANGA DA SILVA
OUTORGANTE

Rua Paulina Maria Mendonça, nº 260, Jatiúca, CEP 57035-557 – Maceió – AL.
Fones: (82) 9 9605-9569 (Tim e WhatsApp) / 9 8875-0713 (Oi) / 3316-8464 fixo
E-mails: maricelia.direito@yahoo.com.br ou maricelia.adv@gmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	0001086627
NAME	JOSÉ GONZAGA DA SILVA
FILIAÇÃO	MILTON BRASIL DA SILVA MARIA DO CARMO DA SILVA NATURALIDADES JACAREÍ DOS HOMENS - AL
DOC. ORIGEM	CERTO NASC II 29 FLS 214 - LIV A2 JACAREÍ DOS HOMENS - AL
463.161.616-49	2 VIA
 LUIZ GERALDO DE MENDONÇA ARAÚJO DOUTOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL LEI N.º 7.115 DE 23/08/83	
P 301	





ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS
 Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL
 CNPJ: 12.272.084/0001-00 IE: 24007177-8

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 202466

JOSE GONZAGA DA SILVA

R STA LUZIA, 59 ,

CRUZ DAS ALMAS

57038110 MACEIO

AL

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1405233	07/2013	01/10/11 a 01/04/13
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1818	19/08/13	R\$ 867,06

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Eletrobras: 0800 082 0196

autenticação mecânica

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS



Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

Distribuição Alagoas

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1405233	07/2013	R\$ 867,06

836500000085.670600030001.000000001404.523307130154



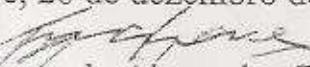
CARVALHO BELTRÃO SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE
C.G.C.35.642.172/0001-43
BAIRRO JOÃO CARVALHO S/N FONE (82)3273-1183
CORURIPE - ALAGOAS

NOME: JOSE GONZAGA DA SILVA
SOLICITAÇÃO: DR. VIRGILIO

Laudo de RX (ANTEBRAÇO E)

Imobilização externa com fratura não consolidada no terço médio do rádio
e haste metálica ao longo deste osso.
Espaços articulares aparentemente mantidos.

Coruripe, 28 de dezembro de 2015.


Dr. Fernando Alexandre Chaves
CREMAL 4375



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda.

Rua Euclides Baéta, s/nº - João Carvalho - CEP 57230-000

Fone (82) 3273-1183 - Coruripe - Alagoas

CNPJ: 35.642.172/0001-43

RECEITUÁRIO

Este é um documento fornecido ao
M.S. B. em protocolo
ver art de constante
Sua ordem deve ser feita

Cef 21/01/10

Data: _____

Márcio Roberto V. de SOUZA
Médico do Esporte
Ortopedia - Traumatologia
CRM - AL 921.5807 - 1021

Carimbo e Assinatura do Médico



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL – PO/AL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Rua Zacarias de Azevedo, s/nº, Prado – CEP: 57010-040 –
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-3767



fls. 18

Ofício: S/N nov-16 / IML

Maceió, segunda-feira, 7 de novembro de 2016

Ao Senhor,

Diretor do HOSPITAL DE CORURIPE-CARVALHO BELTRÃO

Senhor Diretor,

Visando cumprir determinação da autoridade policial para a realização de exame de corpo de delito, solicitamos o encaminhamento dos **Relatórios Médicos** detalhados do paciente: José Gonzaga da Silva, que deu entrada nessa Unidade Hospitalar no dia 26/12/15 e posteriormente em 05/09/16.

Deverá constar nos relatórios as lesões que o referido paciente apresentava ao ser atendido, bem como os procedimentos clínicos, cirúrgicos e de diagnósticos complementares realizados sobre o mesmo.

Solicito urgência na afirmação, pois os peritos possuem o prazo máximo de 10 dias para a conclusão do laudo pericial (Art. 160 do Código de Processo Penal).

Atenciosamente,

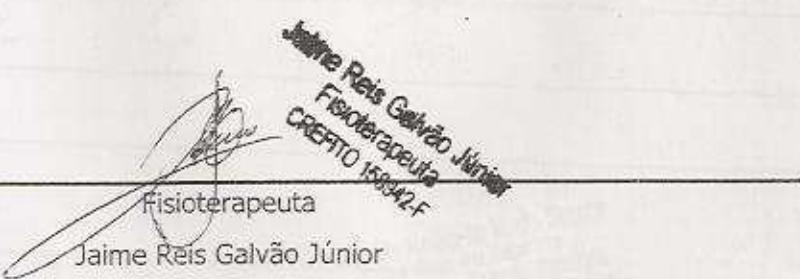
Dr. Cláudia Maria V.V. Chroniaris
Perito Médico Legal
CRM/AL 3695

Cláudia Maria V.V. Chroniaris
Perito Médico Legista
3695 CRM-AL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **José Gonzaga da Silva**, CPF: 463.061.614-49, realiza tratamento na clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Tiradentes - Unit para tratamento, nos dias terças e quintas durante os horários 10h às 11h. Para reabilitação de Pós operatório de fratura distal do Rádio esquerdo. Sendo apresentada limitação de mobilidade para supinação do antebraço, déficit de força de preensão e dor para mobilidade de punho, antebraço e cotovelo esquerdo.

Maceió 08/11/2016



Jaime Reis Galvão Júnior
 Fisioterapeuta
 CREFITO 150042-F

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Bloco de S.O + Placa c/colis
 2. Atépor + C.O de Cpo + de S.O + Sutura
 CB placa c/colis + Jejumab de S.O
 3. Sutura do sonda colis
 Atépor no placis de S.O, fixar o colis
 16 fide de suture osse de placa
 Colagem de colis
 Sutura de placis c/colis
 6. a 8.5cm Cauda 20
 Pelvis prople 3. + Cauda
 6. Pares de
 7. Pares de
 Aplicar chuma, bordas a fio de ferro
 Sutura c/colis c/colis c/colis
 placis, o pano f/fixar nis.
 2. Sutura c/colis c/colis c/colis
 molar, com 20 fio prople 30 Cauda +
 c/colis

Mário Roberto V. de Souza
 Médico do Esporte
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - AL 911, 4º ano de Cirurgião

Válido

CARVALHO BEUTRÃO SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPÉ
BARRA JOÃO CARVALHO S/N - CORURIPÉ - AL
C.G.C. 11.642.172/0001-42 - INSC. EST. 24.079.148-7

BOLETIM OPERATORIO

MATRÍCULA

SEÇÃO	OPERAÇÃO Nº	DATA
NAME	LEITO	09/09/16
Diagnóstico pré operatório	Fratura do dedo empre	
Operação proposta	Ressecção das fraturas e fixação	
CONDICOES PRÉ-OPERATÓRIAS IMEDIATAS		
Press. Sang.	P脉搏	Operador
PA	Pulse	1º Auxiliar
Temp.	Respir.	2º Auxiliar
Coriza		Instituto
		Anestesista
		Marcio Roberto V. de Souza
		Assinatura do Anestesista
CONDICOES POS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS		
PA	INICIO	ANESTESIA
Temp.		
Reflexos	TÉRMINO	
Outras (Citar qualquer anormalidade)	DURAÇÃO	
Operação Realizada	Operação	
Diagnóstico Operatório	Operação	

Marcio Roberto V. de Souza
Médico do Esporte
Traumatologia
Otorrinolaringologia
Cirurgia da Cintura
Cirurgia da Cintura

CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES
Av. Gustavo Paiva, 5017, Bairro Cruz das Almas
CEP: 57038-000, Maceió-AL

Maceió, 31 de outubro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **José Gonzaga da Silva, CPF: 463.061.614-49**, que se encontra em tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Tiradentes UNIT, as Quarta-Feira das 07h:00min ás 08h:30min. Sem data determinada para o término.

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Césario da Silva Souza
Professor responsável da disciplina de Fisioterapia Cardiovascular
Fisioterapeuta

Dr. Césario da Silva Souza
Fisioterapeuta
CREFITO: 110980-F

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alteração feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: José Gómez da Silva
 Número do documento de identificação (documento com foto):

Diagnóstico patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1) <u>Doenças do Fígado</u> | <u>icode</u> e <u>552.3</u> |
| 2) <u>Doenças do Coração</u> | <u>M84.1</u> |
| 3) <u>Doenças do Túmulo</u> | <u>M47.9</u> |
| 4) <u>Doenças das Articulações</u> | <u>M51.3</u> |
| <u>Lombopatologia crônica</u> | <u>M54.5</u> |

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim. Por quê?

Exames de laboratório e exames de imagem.

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para saúde do paciente?

Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

Perda de capacidade de função.

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim. Por quê?

Possibilidade de exercer

Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

() Não

(X) Sim. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

'Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...)

III - registrar dos dados de maneira legível;

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital)

(local) data

Mar 16/02/2019

Dr. Edson Mota

Ortopedia e Traumatologia

NOME DO MÉDICO DR. EDSON MOTA
 N. CRM

Eu (nome do paciente ou representante legal)

Autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.


Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda.

Rua Euclides Baêta, s/nº - João Carvalho - CEP 57230-000

Fone (82) 3273-1183 - Coruripe - Alagoas

CNPJ: 35.642.172/0001-43

RECEITUÁRIO

Yalter da 20108
08108

Data: _____ / _____ / _____

Carimbo e Assinatura do Médico

Saúde Ltda
CORURIPE

3273-1183 - Coruripe -

- Isento

Receituário Médico

Nome: JOSE GONZAGA DA SILVA
 Idade: 55 anos, 5 meses, 2 dias
 Convênio: CARTÃO SAÚDE GESTÃO/ HIPER 2X



Ecodoppler Colorido Venoso de Membro Inferior Esquerdo

Sistema Venoso Profundo

Foram examinadas as veias femorais (Comum e Superficial), femoral profunda, poplitea, gastrocnêmias, soleares, tibiais posteriores. As veias estão compressíveis, sem evidências de trombos intra-luminares. O fluxo encontra-se fásico com a respiração, sem evidências de refluxo após as manobras de Valssalva e compressão distal.

Sistema Venoso Superficial

Veia safena interna em trajeto habitual, compressível, pélvia, com fluxo fásico com a respiração, com refluxo segmentar de baixa amplitude desde 67cm acima da face plantar, após emitir tributária medial atpe 37cm acima da mesma, quando emite tributária anterior.

Tributárias não varicosas, com e sem refluxo, drenando da safena magna aos 67, 37, 24 e 20cm acima da face plantar.

Veia safena externa em trajeto habitual, compressível, pélvia, com fluxo fásico com a respiração, sem refluxo em toda sua extensão.

Pesquisa de perfurantes:

Perfurante insuficiente em face medial da perna 19cm acima da face plantar, com colo de 4,3mm e profundidade de 0,6cm.

Magna:

J: 4,2mm
 C1: 3,1mm
 C2: 3,2mm
 P1: 2,2mm
 P2: 1,9mm

CONCLUSÃO:

SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO E COMPETENTE.

SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO E COM INCOMPETÊNCIA SEGMENTAR DE VEIA SAFENA MAGNA.

PERFURANTE INSUFICIENTE EM PERNAS.

Diego Luiz P. Espindola
 Cirurgião Vascular e Endovascular
 CRM AL 5603

MACEIÓ, 23 de Março de 2017

Diego Luiz Pontes Espindola
 CRM AL 5603



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA

DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRENCIA

NUMERO: 0052-I/16-0498

Pág.1 / 1

fls. 27

DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FONE: 33156424

DATA/HORA COMUNICADO: 02/03/2016 15:09

DELEGAÇÃO DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO: Outros

DATA/HORA: 22/12/2015 23:20

LOCAL DO FATO: RUA CLETO CAMPELO Jacintinho Maceió

DIA DA SEMANA: 2 PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO A FERINHA

VITIMA

COR:
1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SARARA
3 AMARELO 6 ALBINOESTADO CIVIL:
1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASADO
3 VIUVONACIONALIDADE:
1 BRAS. NATO
2 BRAS. NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRODIA DA SEMANA:
1 SEG 4 QUI 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SABGRAU DE INSTRUÇÃO:
1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSÉ GONZAGA DA SILVA

RG: 3189210

SSP-AL

CPF: 46306161449

FILIAÇÃO: MILTON BRASIL DA SILVA

MARIA DO CARMO DA SILVA

PROFISSÃO: Jardineiro

DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1961

IDADE: 54

COR:

SEXO: M

UF: AL NATURALIDADE: JACUIPE-AL

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL: 2

GRAU INSTRUÇÃO: 1

TURISTA

Nº 59

ENDERECO: RUA STA. LUZIA - LT. SÃO JOSÉ - POR T. DO VIA BOX

BAIRRO: Cruz das Almas

CIDADE: Maceió

FONE:

SE () PM, () PF, () PC, () PRF, () BM, () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº 0056-B/05-1443

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO

VEÍCULO: INSTRUMENTO

PLACA: NME7533

CHASSI: 9BD17201XA3563256

MARCAMODELO: FIAT

SIENA 1.4 TETRAFUEL

COR: BRANCA

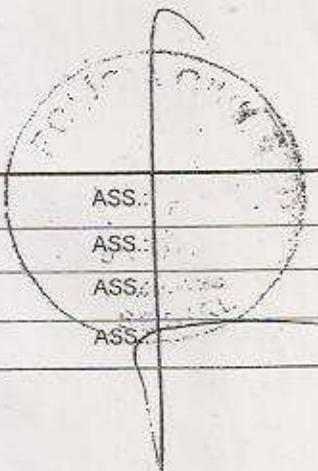
ANO FABRICAÇÃO: 2010

ANO MODELO: 2010

HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava um CICLOMOTOR de propriedade de MOACIR LESSA DOS SANTOS CPF 60496207415, uma Shineray de cor AZUL de CHASSI: LXYXCB0490214322, esta na posse do declarante, onde o mesmo trafegava na via já a cima aludida, sentido Poço, quando nas imediações da Ferinha, um veículo de placa: NME7533 AL, de propriedade de JUVENAL JERONIMO DA SILVA, sendo conduzido por um cidadão de nome AMAURI, que trafegava logo a frente da vítima, que entra em uma rua sem sinalizar, obstruindo a passagem do declarante que choca-se na parte lateral do veículo em tela. Foi socorrido pelo SAMU e foi conduzido ao HGE conforme relatório médico de N° 2396152.

[*** Retificação: A DATA CORRETA DO ACIDENTE FOI DIA 21/12/2015 *** Retificado por Silvio Eduardo Michel Maia Gomes em 24/03/2017 11:23. ***]



NOTICIANTE:

ASS.:

ELABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes

ASS.:

RG / MAT.: 662160

AUTORIDADE: Antônio Carlos Azevedo Lessa

ASS.:

RG / MAT.: 413879

ESCRIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes

ASS.:

RG / MAT.: 662160



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ.: 004041
DATA: 09/10/2017

fls. 28

NOME JOSE GONZAGA DA SILVA		OL (NIT: 1206139855-5)	NB 02.001.180	184.010.512-4
COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO BENEFICIO PREST. CONTINUADA ASSIST. SOCIAL PESSO 184.010.512-4 REQUERIDO EM 09/10/2017 COM RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 CALCULADA CONFORME ABAIXO, COM INICIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE 09/02/2017				
CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE 31/10/2017 NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO, MUNIDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO, OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO 2 DIA ÚTIL DE CADA MÊS.				
ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA: RUA DO LIVRAMENTO, 101		000144 - BRADESCO - MACEIÓ-CENTRO CENTRO		
				Leonardo de Melo Gadelha Presidente do INSS
VIA SEGURADO				
*** NAO HOUVE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***				
RENDA MENSAL INICIAL (EM: R\$) 937,00				
DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL)				
DATAS: REGUL. DOCUMENTACAO 09/10/2017 INICIO PAGAMENTO 01/08/2017				
08/2017	REND. MENSAL	937,00		LIQUIDO 937,00
09/2017	REND. MENSAL	937,00		LIQUIDO 937,00
TOTAL BRUTO		1.874,00	DESCONTO 0,00	LIQUIDO 1.874,00
DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES				
10/2017	REND. MENSAL	937,00		
TOTAL BRUTO		937,00	DESCONTO 0,00	LIQUIDO 937,00
(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 09/02/2017 a 29/02/2017				

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Tereza Júlia da Silva
DATA DO ACIDENTE 20/12/2015 POSSUI CPF SIM NÃO Nº CPF 463061614419

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.dpvasegurodetransito.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 ORIGINAL
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IMI – original ou cópia autenticada Sim Não
- Declaração de Ausência de Laudo do IMI (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 IMI.
- 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 (originals)
- Declaração do proprietário do veículo – quando necessário Não Trouxe
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)

VI 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)

VII 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 CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Conjugue (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 Avará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração 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) companheir(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) Tereza Júlia da Silva
Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador _____
E-mail _____

Telefone 29311-8761
Data 19/10/2017 Assinatura Delegada de Policiais Civis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC - CENTRAL
Atendente Thiago Matriúla 202035
Data: 19/10/2017 Assinatura: _____

* 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 (víde orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA – UNICO DA VITIMA

- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

COMPROVANTE DE ATO DECLARATÓRIO

- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibituários médicos (originals)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA

- CPF da vítima (cópia simples)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA

- 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)

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 Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

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)

DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOS FILHOS DA VITIMA

- Certidão de Óbito dos filhos da vítima (cópia simples)

OUTROS DOCUMENTOS APRESENTADOS:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO (Nome)

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador

E-mail _____ Tel.: _____

Data 28/02/19 Assinatura 

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CENTRAL

Atendente NEURO SOUZA

Data: 28/02/19 Assinatura 

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA José Gonzaga da Silva

DATA DO ACIDENTE 22/12/15 POSSUI CPF SIM NÃO N° CPF 463061614-49

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.cpvatsegurodotransito.com.br ou ligue gráts 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 IMI – original ou cópia autenticada Sim Não
- Declaração de Ausência de Laudo do IMI (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 IMI.
- 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 (originals)
- 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)

- Certidão de óbito 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 Cônjugue (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)**
- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- Declaração de Cônjugue (original)
- Certidão 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)
- 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) José Gonzaga da Silva
Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador 99.999.999-9999
E-mail jeffersonsilva@bol.com.br Tel. () 99.999.9999
Data 20/08/17 Assinatura Jefferson Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CENTRAL DA SICLA
Atendente EDSON DE J. SOUZA Matriúla 00229856
Data: 20/08/17 Assinatura Edson de J. Souza
fls. 32



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10487864

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170081047 ASL-0051042/17

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

www.dpvtseguradoratransito.com.br
sabia +

Seguradora Líder - DPVAT
eminentemente social.
Como se vê, trata-se de um seguro
em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.
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

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora Líder • DPVAT



www.dpvtseguradoratransito.com.br

BRASIL - Ribeirão Preto

JOSE GONZAGA DA SILVA
R STA LUZIA, 59 B
CRUZ DAS ALMAS
CEP 57038-110 - MACEIO - AL

DEVOLUGA
Seguradora Líder - DPVAT
Para uso dos correios
Mandou-se
Descrevendo
Endereço remetente
Não manda o nº de indicação
Morador
Responsável pela informaçāo

www.dpvtseguradoratransito.com.br

CEP: 20270-970

Caixa Postal 40970

Av. Presidente Vargas, 1000

Brasília - DF

Brasil

07/2019

Entregador

Nome
Assinatura

Endereço
Número

Nome
Número</p



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10487682

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170081047 ASL-0051042/17

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 30/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/12/2015.

Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10603133

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170120952 ASL-0078387/17

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data Acidente: 21/12/2015

Natureza: DAMS

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10602281

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170120952 ASL-0078387/17

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data Acidente: 21/12/2015

Natureza: DAMS

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 30/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 21/12/2015.

Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovantes de despesas médicas não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta n°: 11628054

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170081047 ASL-0051042/17
 Vítima: JOSE GONZAGA DA SILVA
 Data Acidente: 22/12/2015
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta n°: 11858700

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro: 3170120952 ASL-0078387/17
Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA
Data Acidente: 21/12/2015
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE GONZAGA DA SILVA

Valor: R\$ 329,28

Banco: 104

Agência: 000002392

Conta: 0000008242-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GONZAGA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180011964

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180011964**.

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 12195437

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12264038

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180011964
Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA
Data do Acidente: 21/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE GONZAGA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002392

Conta: 000008242-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GONZAGA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180011964

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180011964**.

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 12195437



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628054

A/C: JOSE GONZAGA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170081047 ASL-0051042/17

Vitima: JOSE GONZAGA DA SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



2A VIA ELETROBRAS M X Seguradora Líder-DPVAT X +

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

AliExpress Booking.com Dafiti Casas Bahia Americanas Facebook Livros - Direito Tributário SALÁRIO MÍNIMO

Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO
Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO
Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3170081047 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GONZAGA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE GONZAGA DA SILVA
CPF/CNPJ: 46306161449

Posição em 14-02-2019 13:16:35

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/09/2017	Exigência Documental	
09/08/2017	Exigência Documental	
09/05/2017	Exigência Documental	
23/03/2017	Exigência Documental	
11/02/2017	Aviso de Sinistro	
11/02/2017	Exigência Documental	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na App Store DISPONÍVEL NO Google Play

JOSE GONZAGA Seguradora Lider... 11628054.pdf

30° 3 12:26:20 Quinta, 14 de fevereiro, 2019

Este documento é original, assinado digitalmente por MARICELIA SCHLEMPER e www2.tjal.jus.br, protocolado em 15/02/2019 às 11:37, sob o número 07042348620198020001. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704234-86.2019.8.02.0001 e código 326B195.

2A VIA ELETROBRAS M Seguradora Líder-DPVAT +

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo#

AliExpress Booking.com Dafiti Casas Bahia Americanas Facebook Livros - Direito Trib SALÁRIO MÍNIMO -

Pesquisar com o Google Search

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180011964 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GONZAGA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE GONZAGA DA SILVA
CPF/CNPJ: 46306161449

Posição em 14-02-2019 13:34:27

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/01/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/01/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
05/01/2018	Aviso de Sinistro	

Reclame e solicite informações ao Seguro DPVAT

Seguradora Líder... JOSE GONZAGA 12264038.pdf PROCURACAO.pd...

30° 3 Quinta, 14 de fevereiro, 12:34:45



**Juízo de Direito da 3^a Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail:
vcivel3@tjal.jus.br**

Autos n° 0704234-86.2019.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: José Gonzaga da Silva

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DESPACHO

No que tange ao pedido de concessão da gratuidade da justiça, verifico que não foram acostadas provas suficientes para corroborar com a alegação da hipossuficiência econômica da parte autora.

Nesse sentido, intime-se a parte autora, na pessoa de seu advogado, a fim de emendar a petição no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 321 do Novo Código de Processo Civil, juntando a documentação que comprove sua hipossuficiência financeira para posterior decisão acerca do pedido de justiça gratuita.

Maceió(AL), 11 de abril de 2019.

**Henrique Gomes de Barros Teixeira
Juiz de Direito**

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0291/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 14/05/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 16/05/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Maricélia Schlemper (OAB 8241/AL)	5	22/05/2019

Teor do ato: "DESPACHO No que tange ao pedido de concessão da gratuidade da justiça, verifico que não foram acostadas provas suficientes para corroborar com a alegação da hipossuficiência econômica da parte autora. Nesse sentido, intime-se a parte autora, na pessoa de seu advogado, a fim de emendar a petição no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 321 do Novo Código de Processo Civil, juntando a documentação que comprove sua hipossuficiência financeira para posterior decisão acerca do pedido de justiça gratuita. Maceió(AL), 11 de abril de 2019. Henrique Gomes de Barros Teixeira Juiz de Direito"

Maceió, 14 de maio de 2019.

**MERITÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA
DA CAPITAL**

Processo nº 0704234-86.2019.8.02.0001

JOSÉ GONZAGA DA SILVA, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, por sua advogada e procuradora *in fine* assinada, vem perante Vossa Excelência, em resposta ao despacho de fls. 46, tempestivamente, emendar a inicial nos seguintes termos:

DOS FATOS E DO DIREITO

Em deferência ao despacho de fls. 46, o Autor ora acosta aos presentes autos Cópia reprográfica de sua CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social, assim como extrato de sua única conta para recebimento do benefício mensal do INSS.,

Trata-se de auxílio-acidente, que é um benefício de natureza indenizatória pago ao segurado do INSS quando, em decorrência de acidente, apresentar sequela permanente que reduza sua capacidade para o trabalho.

O benefício percebido pelo Autor é resultado direto do sinistro de trânsito vergastado na exordial e atualmente é a única fonte de sustento sua e de sua família.

Data maxima venia, o novo CPC deixa claro que não é preciso que a parte comprove

Rua Paulina Maria Mendonça, nº 260, Jatiúca, CEP 57035-557 – Maceió – AL.
 Fones: (82) 9.9605-9569 (Claro e WhatsApp) / 9.8875-0713 (Oi) / 3316 8464 (fixo)
 E-mails: maricelia.direito@yahoo.com.br ou maricelia.adv@gmail.com



sua situação de hipossuficiência para que seja concedido o benefício, bastando apenas sua declaração nesse sentido, documento bastante para comprovar a necessidade de que trata o parágrafo único do artigo 2º da Lei de Assistência Judiciária.

Referida declaração goza, portanto, de presunção *juris tantum* de veracidade, podendo ser elidida somente através de prova em contrário ou através de procedimento próprio de impugnação ao pedido de justiça gratuita, exigindo-se prova cabal a demonstrar que o assistido não faz jus ao benefício.

Ausente prova em contrário, prevalecem os termos da declaração.

No que tange a contratação de advogado particular pela parte beneficiária, esta não é razão suficiente para o indeferimento da justiça gratuita, pois, para gozar do benefício desta, a parte não está obrigada a recorrer aos serviços da Defensoria Pública, o que resta comprovado a teor da Lei 1060/50 e da Constituição Federal, que garantem o direito à gratuidade de justiça sem esse requisito de representação processual.

Dessa forma, acostados os documentos comprobatórios exigidos por Vossa Excelência, o Autor reitera TODOS os pedidos da exordial, inclusive a concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, com base na Lei no 13.105/2015, em razão de se tratar de pessoa hipossuficiente, não tendo meios de custear as despesas processuais e de arcar com um preparo de uma eventual Apelação Cível sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família.

Termos em que,

Pede e aguarda deferimento,

Maceió, 20 de maio de 2019.

20/05/2019



Maricélia Schlemper
 Advogada OAB/AL 8241
 Assinado por: MARICELIA SCHLEMPER

Rua Paulina Maria Mendonça, nº 260, Jatiúca, CEP 57035-557 – Maceió – AL.
 Fones: (82) 9.9605-9569 (Claro e WhatsApp) / 9.8875-0713 (Oi) / 3316 8464 (fixo)
 E-mails: maricelia.direito@yahoo.com.br ou maricelia.adv@gmail.com





A CARTEIRA PROFISSIONAL

O principal defensor dos interesses do trabalhador é o próprio trabalhador. Sem sua participação nenhuma conquista é legítima e duradoura.

A Carteira de Trabalho, que a lei institui para proteger o trabalhador e documentar a história de sua vida no emprego, é uma dessas conquistas.

Compete ao trabalhador zelar pela sua posse e integridade para que dela faça uso, quando necessário, na obtenção de direitos que a lei consagrou.

Murillo Macêdo

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 000005-A

Número 036780



Polegar Direito



ASSINATURA DO PORTADOR

Dr. Sérgio Zanogueral Silveira

Nome: José Gonçalo da Silva

Loc. Nasc. Jacuípe

Est. M. das Date 21.10.61

Filiação: M. de Brasil da Silva
e Maria do Carmo da Silva

Est. Civil: Solteiro Doc. N° 1199

Fls. 914 Liv. 02 Reg. Civil Jacuípe AL

Outro doc:

Situação Militar: Doc. cert. de Distintamento
n.º 003251 Orgão 20º C.S.M. Est. AL

Naturalizado Doc. N° Em / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / /

Doc. Ident. N° / /

Estado / /

Obs. / /

Jacuípe
Data Emissão 11.02.88 DRT Rio das

Tânia de Fátima Dautua
Assinatura do Funcionário

Nome: _____

Doc: _____

Nome: _____

Doc: _____

Nome: _____

Doc: _____

Est. Civil: _____

Doc: _____

Est. Civil: _____

Doc: _____

Nascimento: _____

Doc: _____

Empregador	SOTIL - Sociedade Técnica de Instalações Ltda.	
Endereço	Av. 17 de Agosto, 468	
Município	Recife	Estado
Esp. do estabelecimento	Instalações em geral	
Cargo	Jurdante de Eletricista	
	CBO n°	

1º	Ass. do empregador ou à rogo c/ test.
2º	
3º	Ass. socia(s) da Sociedade de Instalações Ltda.
4º	Ass. do empregador ou à rogo c/ test.
5º	Dep. Pessoal
6º	

Empregador **FERNANDO VILELLA & CIA LTDA**
RUA PROFESSOR LAURO COSTA 17
Cruz das Almas
CEP 57000 No
Rua _____
Município **MACEIÓ - ALAGOAS** Est. _____
Esp. do estabelecimento **Buffet**
Cargo **Continente**

C.B.O. nº
Data admissão 02 de Maio de 1988
Registro nº Fis/Ficha
Remuneração especificada R\$ 8.058,60 (oitenta e
eiquatro reais e seis centavos) - 31 trabalhadas
Fernanda Tellez e Cia Ltda.
Tecmundo Arthur P. Wolff
Ass. do empregado

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º _____

2º _____

Data saída: 30 de Outubro de 1990

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º _____

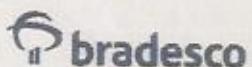
2º _____

Empregador.....
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 C.B.O. nº
 Data admissão de de 19
 Registro nº Fls/Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.
 1º
 2º
 Data saída de de 19
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.
 1º
 2º

Empregador.....
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 C.B.O. nº
 Data admissão de de 19
 Registro nº Fls/Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.
 1º
 2º
 Data saída de de 19
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.
 1º
 2º



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO INSS TERM.039234

JOSE GONZAGA DA SILVA 12:29 HRS
AGENCIA 0389 CONTA 08666722-5 15/MAI/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA INSS	0,00
 TOTAL DE RECURSOS	 0,00

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

FEVEREIRO/2019

DIA	HISTORICO	N.DOC TO	VALOR
25	SALDO ANTERIOR		998,00
28	SAQUE CARTAO CB 3229096		998,00-
	S A L D O		0,00

MARCO/2019

26	CREDITO DO INSS 9310319		998,00
	MES 03/2019 NB 184010512-4		
	S A L D O		998,00
29	SAQUE CARTAO CB 3229096		998,00-
	S A L D O		0,00

ABRIL/2019

25	CREDITO DO INSS 9300419		998,00
	MES 04/2019 NB 184010512-4		
	S A L D O		998,00
29	SAQUE CARTAO CB 3229096		998,00-
	S A L D O		0,00

REVALIDE SUA SENHA NO MES 10

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ovidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**Juízo de Direito - 3ª Vara Cível da Capital**

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail:
vcivel3@tjal.jus.br**

Autos nº: 0704234-86.2019.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: José Gonzaga da Silva

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECISÃO

1. Inicialmente, verifica-se que a parte autora juntou os documentos que comprovam a necessidade da concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, razão pela qual DEFIRO referida pretensão.

2. No mais, haja vista a grande quantidade de processos em trâmite nesta vara e a superlotação da pauta de audiência, o que acaba inviabilizando a realização da audiência preliminar. Atento, ainda, ao princípio da razoável duração do processo, deixo para momento oportuno a análise da conveniência de designar a realização de Audiência de Conciliação de que trata o artigo 334 do Novo Código de Processo Civil, especialmente considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo.

3. Determino, pois, a CITAÇÃO a parte ré para oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de que se presumam verdadeiros os fatos alegados na inicial, porquanto a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

4. Cumpra-se.

Maceió , 21 de maio de 2019.

**Henrique Gomes de Barros Teixeira
Juiz de Direito**

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0337/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 31/05/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 04/06/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Maricélia Schlemper (OAB 8241/AL)	5	10/06/2019

Teor do ato: "Autos nº: 0704234-86.2019.8.02.0001 Ação: Procedimento Ordinário Autor: José Gonzaga da Silva Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. DECISÃO 1.Inicialmente, verifica-se que a parte autora juntou os documentos que comprovam a necessidade da concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, razão pela qual DEFIRO referida pretensão. 2.No mais, haja vista a grande quantidade de processos em trâmite nesta vara e a superlotação da pauta de audiência, o que acaba inviabilizando a realização da audiência preliminar. Atento, ainda, ao princípio da razoável duração do processo, deixo para momento oportuno a análise da conveniência de designar a realização de Audiência de Conciliação de que trata o artigo 334 do Novo Código de Processo Civil, especialmente considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo. 3.Determino, pois, a CITAÇÃO a parte ré para oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de que se presumam verdadeiros os fatos alegados na inicial, porquanto a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. 4.Cumpra-se. Maceió , 21 de maio de 2019. Henrique Gomes de Barros Teixeira Juiz de Direito"

Maceió, 31 de maio de 2019.

**Juízo de Direito 3ª Vara Cível da Capital**

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail: vcivel3@tjal.jus.br

Autos nº 0704234-86.2019.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: José Gonzaga da Silva

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

CERTIDÃO DE DECURSO DE PRAZO

CERTIFICO que decorreu o prazo de publicação da Decisão proferida nos presentes autos. O referido é verdade, do que dou fé.

Maceió, 01 de agosto de 2019.

Ricardo Jorge Duarte de Mendonça
Analista Judiciário

OBSERVAÇÃO: A presente certidão é emitida obedecendo o que dispõe o art. 1º, § 8º, da resolução nº 14/2007 (Sistema de Protocolo Postal), do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Juizo de Direito da 3ª Vara Cível da Capital

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail:
vcivel3@tjal.jus.br**

Processo n°: 0704234-86.2019.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: José Gonzaga da Silva

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

ATO ORDINATÓRIO

Em razão da necessidade de expedição de documento, consoante Provimento n.º 15/2019, artigo 289, § 2.º, passo a expedir citação.

Maceió, 17 de janeiro de 2020

Thaise Carla de Melo Ferreira Bione
Chefe de Secretaria



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 3ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail: vcivel3@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Processo Digital nº: 0704234-86.2019.8.02.0001
Classe - Assunto: **Procedimento Ordinário - Acidente de Trânsito**
Autor: José Gonzaga da Silva
Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Destinatário:

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Da Assembleia, 100, 16º Andar, Centro
Rio de Janeiro-RJ
CEP 20011-904

Fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para oferecer resposta no prazo e com as advertências abaixo assinalados.

PRAZO: O prazo para oferecer resposta aos termos da petição inicial, a qual deverá ser apresentada por petição, é de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC).

ADVERTÊNCIAS:

01) Não sendo oferecida contestação no prazo marcado, o réu será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344 do CPC).

OBSERVAÇÃO: Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça de Alagoas, na internet, no endereço www.tjal.jus.br, sendo considerado vista pessoal (art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Maceió, 17 de janeiro de 2020. Thaise Carla de Melo Ferreira Bione - Chefe de Secretaria

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0053/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
Maricélia Schlemper (OAB 8241/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "ATO ORDINATÓRIO Em razão da necessidade de expedição de documento, consoante Provimento n.º 15/2019, artigo 289, § 2.º, passo a expedir citação. Maceió, 17 de janeiro de 2020 Thaise Carla de Melo Ferreira Bione Chefe de Secretaria"

Maceió, 17 de janeiro de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0053/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 20/01/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 22/01/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Maricélia Schlemper (OAB 8241/AL)	5	28/01/2020

Teor do ato: "ATO ORDINATÓRIO Em razão da necessidade de expedição de documento, consoante Provimento n.º 15/2019, artigo 289, § 2.º, passo a expedir citação. Maceió, 17 de janeiro de 2020 Thaise Carla de Melo Ferreira Bione Chefe de Secretaria"

Maceió, 20 de janeiro de 2020.

AVISO DE
RECEBIMENTO

Digital

fls. 62

A

DESTINATÁRIO

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.
Rua Da Assembleia, 100, 16º Andar, Centro
Rio de Janeiro, RJ
20011-904

AR145842763VU



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR

Centralizador Regional

SEGURADORA

PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)

24 JAN 2020

ASSINATURA DO RECEBEDOR

VERONICA FELIX CONSTANT
RG: 10.002.355-9 Detran

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

22/01/2020
LOTE: 2796

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ____ / ____ / ____ ____ : ____ h

2ª ____ / ____ / ____ ____ : ____ h

3ª ____ / ____ / ____ ____ : ____ h



ATENÇÃO:
Posta restante de
20 (vinte) dias
corridos.

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Mudou-se | <input type="checkbox"/> 5 | Recusado |
| <input type="checkbox"/> 2 | Endereço insuficiente | <input type="checkbox"/> 6 | Não procurado |
| <input type="checkbox"/> 3 | Não existe o número | <input type="checkbox"/> 7 | Ausente |
| <input type="checkbox"/> 4 | Desconhecido | <input type="checkbox"/> 8 | Falecido |
| <input type="checkbox"/> 9 | Outros _____ | | |

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA



BV

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

CLAUDIO
30021607
001 MARCO

DATA DE ENTREGA

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE