



PAULO SARMENTO
ADVOCACIA



Dr. Paulo Roberto Medeiros Sarmiento
Dr. Abelardo José de Moraes

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

JERLANDERSON SANTOS SILVA, brasileiro, desempregado, inscrita no CPF nº 016.070.524-07, RG. 3389404-3 SSP/AL, domiciliado na R. Prof. Augusto B. Falcão, S/N, São Miguel dos Milagres-AL, CEP. 57.940-000, Fone: (82) 9.9317-4094.

OUTORGADO(S):

BEL. PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/AL 11.533, inscrito no CPF sob o nº 021.251.564-07 e **BEL. ABELARDO JOSÉ DE MORAES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/AL 15.046, inscrito no CPF nº 637.067.684-53, ambos com escritório no Edif. Barão de Penedo, Sala 902, Rua Barão de Penedo, 187, Centro, Maceió-AL, CEP. 57.020-340, com Telefone (082) 3024-1589.

PODERES:

PODERES: O(s) outorgante(s) concede(m) procuração geral para o foro, conforme o artigo 105 do NCPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra" e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, declarar pobreza, arrematar ou adjudicar bens, receber alvará, dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições e repartições públicas federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato. Em especial, para ajuizar **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, em face de Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT S/A.

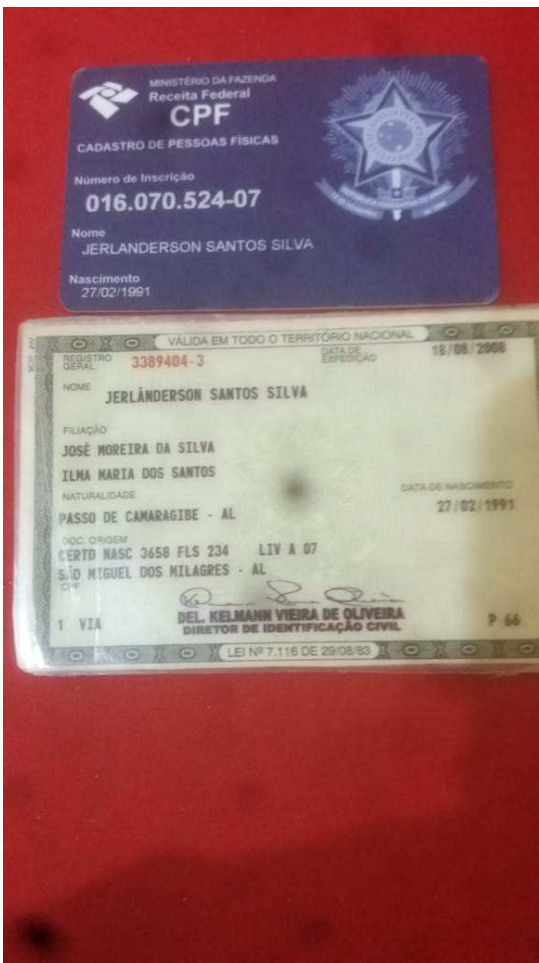
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins de direito, que não possuo condições de litigar em juízo, sem prejuízo pecuniário próprio e de minha família, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos do artigo 5.º, LXXIV da Carta Magna, da Lei 1.060/50 e pela Lei 13.105/2015 (CPC), artigo 98 e seguintes.

Maceió-AL, 20 de agosto de 2018.

Jerlanderson Santos Silva
OUTORGANTE

Edif. Barão de Penedo, Sala 902, Rua Barão de Penedo, 187, Centro, Maceió-AL, CEP. 57.020-340.
Fone: (82) 3024-1589 / 98859-2155 / 99644-5759
E-mail: psarmiento@hotmail.com / psarmiento@gmail.com



 20,00
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Cidade: SÃO MIGUEL DOS MILAGRES CNPJ (MF): 03.004.798/0001-38 Fatura Mensal

| | | | |
|---|--|--|--|
| JERLÂNDERSON SANTOS SILVA R.PREF.AUGUSTO B.FALCAO,S/N CEP: 57940.000 CEP: 57.940.000 - SAO MIGUEL DOS MILAGRES Rota: 01 Quadra: Sequencia: 931 | | | Matricula: 01608 Mês/Ano: 07/2018 |
|---|--|--|--|

06/2018,

| Tipo: | Média: | Hidrômetro: | Dt. Emissão: | Resumo da Análise: |
|-----------------|--------|-------------|--------------|--|
| Residencial | 2 | A17H804341 | 07/2018 | MATERIAL DE TRATAMENTO DE ÁGUA, 200 Litros ANÁLISE PARTICIPATIVA: DATA DE COLETA: 17/07/2018 Parâmetros: pH: 7,21 Turbidez: Col. (20°C) (NTU) 0,20 S.M.D. a 15 °C/L 0,00 M.D. (mg/L) 0,00 S.O. 4,3 S.O. 2,5 Turbidez (NTU) 2,08 F.M.D. a 5 °C/L 0,00 |
| Consumo de Água | 5 | 6 | 1 | Consumo Participativo: 4,00 - 2,00 Imposto ANÁLISE PARTICIPATIVA DEFESA: 100% S.O. (SANTOS) M.D. (M.D. P. 2018) 0,00 Resumo de Consumo 07/2018 - 001 m3 08/2018 - 001 m3 09/2018 - 001 m3 |

| Descrição | Valor |
|-----------------|-------|
| Consumo de Água | 20,00 |

| Vencimento: | Total a pagar: |
|-------------------|----------------|
| 05/08/2018 | 20,00 |

| Histórico dos Pagamentos | Histórico de Consumo |
|--------------------------|--|
| | 06/2018 - 001 m3 08/2018 - 001 m3 09/2018 - 001 m3 |


Autenticação Mecânica no Verso: SEM Ocorrência

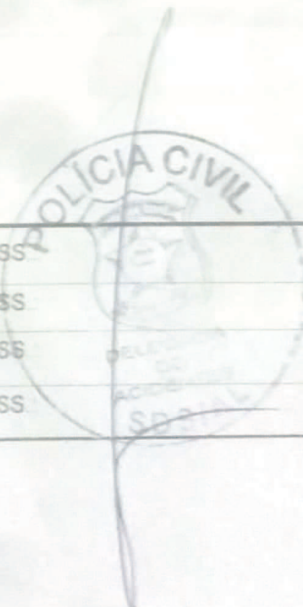
| | | | |
|-------------------------------------|---------|---------------------------|---------------|
| Nome: JERLÂNDERSON SANTOS SILVA | | Loc.: SAO MIGUEL DOS MILA | |
| Endereço: PREF AUGUSTO B.FALCAO,S/N | | | |
| Matricula: | Mês/Ano | Vencimento | Total a pagar |
| 01608 | 07/2018 | 05/08/2018 | 20,00 |

82660000000-2 20000000201-0 80805010201-7 60807201801-3



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO e www2.ijal.jus.br, protocolado em 30/08/2018 às 11:55 , sob o número 07003007620188020027. Para conferir o original, acesse o site https://www2.ijal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700300-76.2018.8.02.0027 e código 2C11774.

| | | | |
|---|---|---|--|
|  ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL | | BOLETIM DE OCORRÊNCIA NÚMERO: 0052-017-3031 Pag 1 / 1 DELEGACIA Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DAOT FONE 33156424 DATA/HORA COMUNICADO 22/06/2017 11:35 DELEGACIA DESTINO 9ª DP - São Miguel dos Milagres 9ª DP/DPJAJ | |
| FATO | NATUREZA: LÊSÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO | | INSTRUMENTO: Outros |
| | DATA/HORA: 08/07/2017 05:50 | LOCAL DO FATO: RUA FELIZBERTO DE ATAÍDE - Centro São Miguel dos Milag | |
| | DIA DA SEMANA: 6 | PONTO DE REFERÊNCIA: POSTO JADSON | |
| COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO | | ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO | NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO |
| DIA DA SEMANA 1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB | | GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANalfabeto 4 Nível Médio 2 Alfabetizado 5 Superior 3 Fundamental | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL: JERLANDERSON SANTOS SILVA RG: 3385404-3 SSP-AL CPF: 016507052407 | | FILIAÇÃO: JOSÉ MOREIRA DA SILVA ILMA MARIA DOS SANTOS | |
| PROFISSÃO: Autônomo DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1991 IDADE: 25 | | SEXO: M | |
| VITIMA | UF: AL | NATALIDADE: ALAGOANO | NACIONALIDADE: 1 |
| | ENDEREÇO: RUA ADALBERTO DE PAIVA VERGOSA | | ESTADO CIVIL: 1 |
| | BAIRRO: CENTRO | CIDADE: SÃO MIGUEL DOS MILAGRES | GRAU INSTRUÇÃO: 4 |
| | SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO | | |
| AFINIDADE VITIMA -> AUTOR | | OCORRÊNCIA RELACIONADA A Nº 0052-017-1366 | |
| AUTOR: DESCONHECIDO | | | |
| VEICULO | VEICULO INSTRUMENTO | PLACA: ORG7013 | CHASSI: 9C2KIC2210GR507130 |
| | MARCA/MODELO: HONDA CG 160 TITAN EX | COR: VERMELHA | ANO FABRICAÇÃO: 2016 |
| HISTORICO | SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma moto de propriedade de SIDICLEY FALCAO DOS SANTOS, CPF 04119102483, onde a vítima trafegando na via já acima aludida, quando nas proximidades do Posto de Combustível Jadson, um carro de placa não anotada pela vítima, que saindo de uma rua transversal a que vinha a vítima, cruza a rua e sem perceber a chegada da moto da vítima, volta de marcha a ré e obstrui a passagem da moto da vítima, que choca-se contra o carro e cai ao solo. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao HIGE de Maceió, segundo o relatório médico de N° 2639432. | | |
| DECLARANTE: | ASS: | | |
| LABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes | ASS: | RG / MAT. 662160 | |
| AUTORIDADE: Sheila Carvalho Dantas | ASS: | RG / MAT. 3010538 | |
| COPIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes | ASS: | RG / MAT. 662160 | |



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO e www2.tjal.jus.br, protocolado em 30/08/2018 às 11:55, sob o número 07003007620188020027. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700300-76.2018.8.02.0027 e código 2C11776.



HQA

ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2639432

DATA: 8/7/2017

HORA: 19:51:03

INTERNADO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: JERLANDERSON SANTOS SILVA

SEXO: MASCULINO DATA NASCIMENTO: 27/02/1991

MÃE:

RÉSPONSÁVEL: IAMIN SANDE

NACIONALIDADE: BRASIL NATURAL DE ALAGOAS

CIDADE: SAO MIGUEL DOS MILAGRES/AL BAIRO:

LOGRADOURO: RUA ADALBERTO DE PAIVA VERCOSA POV PORTO DA RUA

TELEFONE: 33418838

OBSERVAÇÕES: CARTÃO SUS NAO FOI INFORMADO PELO SAMU

Realizado: C. T. Cláudio

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

FORMA DE CHEGADA: SAMU

PROCEDÊNCIA: SAO MIGUEL DOS MILAGRES

SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Colisão moto-carro, conduzindo a primeiro.

HGE

Exame Físico:

Consciente, orientado, não-cooperativo. Colúsculo H. Fígado e baço normais. Escarificações em face, tórax D, ant. braço D. Abd. ACV. AP sem alterações. Sinais de embriaguez.

Exames Complementares:

RAIO-X

SANGUE

URINA

TC

LIQUOR

ECG

ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica:

0 Prx de ceroid. AP o perfil.

Enfermagem



HGE FICHO RELATORIO 04/08/2017

Dr. Sérgio ...

NOME *Jerlandson Furtado Silva* REG *2639432* IDADE *26*
 DATA DA CIRURGIA *14/07/18* HORA INICIO *1:40* HORA TERMINO *2:40h.*
 MEDICO *Fernando Elias Cortes* MEDICO AUXILIAR
 MEDICO ANESTESISTA ACADEMICO

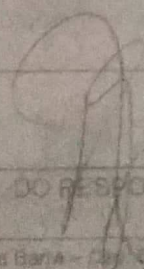
DESCRICAO DO ATO CIRURGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- 1) Pavente em DOM, cobrir com HRE, cobrir sobre
 umbilica voltada para D;
- 2) Anestesia, antiseptia, triotina, antitetra local e cobrir
 com de campo;
- 3) Incisao em feradura ia E;
- 4) descolamento e espovo do flogj cutaneo;
- 5) Craniotomia occipital E com manobras;
- 6) Drenagem do HOMA;
- 7) Alinhamento da duramata em 16 pontos;
- 8) Hemostasia do leito cirurgico com unguent;
- 9) Reducao do flogj oco e fuaco do menis;
- 10) Cobrir do chmo hemorral, suturizado e fixa-
 cos a pele;
- 11) Sutura da EQ por plouro;
- 12) Anestros em forca.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

FICF
 Certifico que a presente copia
 Confere com a Original
 O Original e de propriedade
 Material
 14/08/2018
 164

ASS DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM



SE NECESSARIO USAR O VERSO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO e www2.ijal.jus.br, protocolado em 30/08/2018 às 11:55, sob o número 07003007620188020027. Para conferir o original, acesse o site https://www2.ijal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700300-76.2018.8.02.0027 e código 2C1177A.

ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DA SAÚDE
 HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR ORVALDO BRANDÃO VIEIRA
 SECRETARIA HOSPITALAR
 Avenida Jorge de Lima, 2075 - Triângulo do Fumo - Maceió - AL - CEP: 57000-001
 Fone: (32) 3215-1384 - CNPJ: 12.208.450/0001-83

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JERLANDERSON SANTOS SILVA
 D. NASCIMENTO: 27.02.1991
 PRONTUÁRIO: 2639432
 DATA DO ATENDIMENTO: 08.07.2017 HORA: 19h:51min
 ALTA: 19.07.2017
 CID: S 06.9

DIAGNÓSTICO: ➤ Traumatismo Crânio Encefálico

TRATAMENTO: ➤ Cirúrgico

ACHADO: ➤ Paciente com história de acidente de trânsito;
 ➤ Confuso + desorientado;
 ➤ Escoriações em face plantar direita, antebraço direito;
 ➤ Hematoma extra dural agudo

CONDUTA: ➤ Avaliação da cirurgia geral;
 ➤ Tomografia de crânio;
 ➤ Medicado;
 ➤ Avaliação da neurocirurgia;
 ➤ Exames de laboratório;
 ➤ Tratamento cirúrgico + craniotomia + sutura + curativo;
 ➤ Cuidados da fisioterapia;
 ➤ Cuidados da fonoaudiologia.

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 04 de Agosto de 2017

Sônia Romalho F. L. de Azevedo
 Médica HGE
 CRM-1346/AL





SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE MACAÉ

Dr. Artur Gomes Neto
Diretor Técnico Médico
CRM-AL 2503 / RQE 1874

Nome:

AYESTADO

Ateste que Jerlandson Santos Silva foi vítima de traumatismo craniocerebral no início de 2017. Apresentou boa evolução neurológica, contudo persiste com anosmia e disgeusia.

16/07/18

[Handwritten Signature]
Dr. Artur Gomes Neto
Diretor Técnico Médico
CRM-AL 2503

Rua Barão de Macaé, 346 - Centro
57020-360 - Macaé - Alagoas - Brasil
Fone: (55) 82 2123-6000
www.santacasademacaé.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DEBENEDICTO FERREZ DE ALMEIDA - HOSPITAL DEBENEDICTO FERREZ DE ALMEIDA
RUA DEBENEDICTO FERREZ DE ALMEIDA, 200 - JARDIM SÃO FRANCISCO - MACEIÓ - AL - CEP: 57030-000

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: HILANDERSON SANTOS SILVA
D. NASCIMENTO: 27.02.1991
PRONTUÁRIO: 2639432
DATA DO ATENDIMENTO: 08.07.2017 HORA: 19h53min
ALTA: 19.07.2017
CID: S06.9

DIAGNÓSTICO: - Traumatismo Crânio Encefálico

TRATAMENTO: - Ortopedia

ACHADO: - Paciente com história de acidente de trânsito;
- Confusão + desorientado;
- Escoriações em face plúmia direita e lábio esquerdo;
- Hematoma extra dural agudo

CONDUTA: - Avaliação da cefaleia geral;
- Tomografia do crânio;
- Medicado;
- Avaliação da neurocirurgia;
- Exames de laboratório;
- Tratamento cirúrgico - craniotomia + sutura + curativo;
- Cuidados da fisioterapia;
- Cuidados da fonoaudiologia


OBS.: Paciente atendido pela equipe médica deste Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.
OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 04 de Agosto de 2017


 CRM 123456



*Atendido em 08/07/2017, com queixa de trauma craniano
relato de queda para trás
do paciente, apresentando trauma craniano com lesão
na face plúmia direita e lábio esquerdo.
- Traumatismo crânio encefálico;
- Confusão + desorientado;
- Escoriações em face plúmia direita e lábio esquerdo;
- Hematoma extra dural agudo;
- Paciente com história de acidente de trânsito;
- Confusão + desorientado;
- Escoriações em face plúmia direita e lábio esquerdo;
- Hematoma extra dural agudo;
- Avaliação da cefaleia geral;
- Tomografia do crânio;
- Medicado;
- Avaliação da neurocirurgia;
- Exames de laboratório;
- Tratamento cirúrgico - craniotomia + sutura + curativo;
- Cuidados da fisioterapia;
- Cuidados da fonoaudiologia*


 CRM 123456

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE SAÚDE - SEMSA
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA - SAMM (SAMU)

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2438432
DATA: 08/08/2018 HORA: 11:55

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PACIENTE: JERLANERSON SANTOS SILVA
SÓCIO MARCELO DA TA. RUA: RUA: RUA: RUA:
MÁE: *Marcelo da Ta. R. Santos*

INTERNADO

RESPONSÁVEL: IRLEN SARAIA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURAL DE: MATO GROSSO
CIDADE: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO ESTADO: MT

CONDIÇÃO: SOB CUIDADO DE PRIVILEGIADA POR PORTO DE SAÍDA
OBSERVAÇÃO: CARTÃO BUS NÃO FORNECIDO PELO SAMU

DADOS DO ATENDIMENTO
MUNICÍPIO: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO
PROFUNDIDADE: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO
ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO CENSO POLICIAL: SIM PLANO DE SAÚDE: NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
RISCO: BAIXO

Quarta-Feira / História da Queixa Atual:
Choro não cessa, irritabilidade

Exame Físico: *Capim de malhete no umbigo. Coluna A. Tórax e abdômen normais. Não há sinais de desidratação.*

Exames Complementares: SANGUE: SANGUE: URINA:
ECG: ULTRASSONOGRAFIA:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica:
Oferecer amamentação, AP's profil.

Enfermagem: *HGE*

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE SAÚDE - SEMSA
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA - SAMM (SAMU)

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2438432
DATA: 08/08/2018 HORA: 11:55

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PACIENTE: JERLANERSON SANTOS SILVA
SÓCIO MARCELO DA TA. RUA: RUA: RUA: RUA:
MÁE: *Marcelo da Ta. R. Santos*

INTERNADO

RESPONSÁVEL: IRLEN SARAIA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURAL DE: MATO GROSSO
CIDADE: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO ESTADO: MT

CONDIÇÃO: SOB CUIDADO DE PRIVILEGIADA POR PORTO DE SAÍDA
OBSERVAÇÃO: CARTÃO BUS NÃO FORNECIDO PELO SAMU

DADOS DO ATENDIMENTO
MUNICÍPIO: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO
PROFUNDIDADE: SÃO JOSÉ DO SUL-CARVALHO
ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO CENSO POLICIAL: SIM PLANO DE SAÚDE: NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
RISCO: BAIXO

CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA

INTERIO

TRAUMA

LOCAL DO ATENDIMENTO

PROTEÇÃO

EDIFICAÇÃO DA VÍTIMA

HISTÓRIA DA VÍTIMA

AValiação de Enfermagem

SINAIS VITAIS

RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO

DADOS NEUROLÓGICOS

DOCUMENTO A SEGUIR (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICO E ASSIST. PARTO NORMAL)

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS EXTERNAS - OUTROS DADOS

| DATA | LOCAL | PROFISSIONAL | TIPO DE LESÃO | DESCRIÇÃO | EXAME |
|------|-------|--------------|---------------|-----------|-------|
| | | | | | |

PROCEDIMENTOS E DESTINO À VITIMA - ORIENTAÇÃO DO MEDICO REGULADOR

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ATENDIMENTO MÉDICO INVESTIGAÇÃO DE HOMICÍDIO AUTÓPSIA EXAME DE LABORATÓRIO

DESTINO DA VITIMA

HOSPITALIZAÇÃO INTERNAÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE EXAME DE LABORATÓRIO

SPORTE EXTERNO

AUTÓPSIA INVESTIGAÇÃO DE HOMICÍDIO EXAME DE LABORATÓRIO

VITIMA RECUSA O ATENDIMENTO - TERMO DE RECUSA

RESPOSTAS AOS QUESITOS

RESPONSÁVEIS

MÉDICO REGULADOR: [Assinatura]

INTERMEDIÁRIO: [Assinatura]

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL - POIAL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Praça Afrânio Jorge, s/nº, Prado - CEP: 57010-040 -
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-3757

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

1º - Sim;

2º - Ação de Instrumento contundente;

3º - Sem elementos para afirmar ou negar;

4º - Reavaliação em 60 (sessenta) dias com exames complementares atualizados e laudo médico atualizado;

5º - Reavaliação em 60 (sessenta) dias com exames complementares atualizados e laudo médico atualizado.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pelo Médico Legista Eu, Jéssica Priscila Lima Santos, o digital e assinado, Maceió, aos 11 dias do mês de Dezembro do ano de 2017.

Dr. FELIPE DOS SANTOS PORCIÚNCULA
Perito Médico Legista

[Assinatura]

DPVAT é grátis

ME ENTREGA DE DOCUMENTOS

Av. da Paz, 1.854 - SL. 17
 CEP: 3028-3222

1194 de Acidente: 08/07/2017
Nome do CPF: JERLANDERSON SANTOS SILVA

Sinistro
 Notícia do acidente
 Designação de um representante
 Declaração de Invalidez do IPR
 Declaração de Possibilidade de Trabalho
 Documentação médico-hospitalar
 Documentos de identificação
 Outros

JERLANDERSON SANTOS SILVA : 516.876.524-07
 Autorização de pagamento
 Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento de indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguros.com.br ou ligue 0800-02221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade da seqüela e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

| Portador da documentação entregue | Responsável pelo cadastramento no seguradora |
|--|---|
| Data de entrega: 23/04/2018 Nome: JERLANDERSON SANTOS SILVA CPF/CNPJ: 016.876.524-07 | Data de cadastramento: 23/04/2018 Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA CPF: 992.128.324-00 |
| <i>Jerlanderson Santos Silva</i> JERLANDERSON SANTOS SILVA | <i>João Luiz Alves Pinto de Oliveira</i> JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA |

*SINISTRO
 3180183112*

LIDER

Rua do Seneca, 27 de Abril de 2018

Ass: Cuidador de: JERLANDERSON SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180183112
 Nome: JERLANDERSON SANTOS SILVA
 Data do Acidente: 08/07/2017
 Cobertura: INVAUDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180183112.

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

| | |
|---|---|
|  <p>RECEITUÁRIO</p> <p><i>Jerlanderson Santos Silva</i> PROFISSIONAL <i>Plano de Saúde Unimed</i> <i>01/05/2018</i></p> <p><i>Expedido em 01/05/2018</i></p> <p><i>Assinado em 01/05/2018</i></p> <p>Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____</p> <p><small>Av. Seguros Sarmiento, nº 2045 - Torre de Ferris CEP: 13.015-001 Marília-SP - Fone/Fax: (13) 3333-3081 CNPJ: 12.200129/0001-04</small></p> |  <p>RECEITUÁRIO</p> <p>Nome: <i>Jerlanderson Santos Silva</i> RECEITUÁRIO Diante do Juiz de Direito Sr. Juiz de Direito de acidente de trânsito Admitido o laudo fornecido pelo médico (E) e submetido à perícia de acordo com o laudo emitido pelo médico responsável pelo atendimento médico</p> <p>Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____</p> <p><small>Av. Seguros Sarmiento, nº 2045 - Torre de Ferris CEP: 13.015-001 Marília-SP - Fone/Fax: (13) 3333-3081 CNPJ: 12.200129/0001-04</small></p> |
|---|---|

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

RG: 01.79504/13
 Vítima: JERLANDERSON SANTOS SILVA
 CPF: 016.070.524-07

Data de Falecimento: 08/07/2017
 Titular do CPF: JERLANDERSON SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Evento: Declaração de Inexistência de IP
 Outros

JERLANDERSON SANTOS SILVA - 016.070.524-07
 Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.spvitalseguros.com.br e Ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade da seqüela e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

| | |
|--|---|
| Portador da documentação entregue Data de entrega: 28/05/2018 Nome: JERLANDERSON SANTOS SILVA CPF: 016.070.524-07 <i>Jerlanderson Santos Silva</i> JERLANDERSON SANTOS SILVA | Responsável pelo cadastramento na seguradora Data do cadastramento: 28/05/2018 Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA CPF: 091.328.928-08 <i>João Luiz Alves Pinto de Oliveira</i> JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA |
|--|---|

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPWT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2018

AGENTE SEGURADORA SIA
 Av. Par. 1111 - Jd. 2008

LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - VÍTIMA EM CONTA À ORDERO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - SINISTROS SINTE 4425/1

Para obter mais informações, acesse o site <http://www.segurosbrasil.com.br> ou o site www.LIDER.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Necessário a pessoa beneficiária completar de todos os campos com os dados de IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO LEGAL, para que seja possível a emissão de uma guia de pagamento de indenização. Exibir o comprovante para o representante legal.

2. Caso com vítima entre 0 a 15 anos: O beneficiário legal é responsável pelo que está assinando. Assine o Representante Legal, apresentando a Declaração de Responsabilidade Legal.

3. Caso com vítima entre 16 a 17 anos: Nesse caso, o beneficiário que a vítima não assinou por ser "Representante Legal" (ou "Beneficiário Legal"), o beneficiário deve ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o beneficiário seja assinado pelo pai ou mãe do filho ou filho(a) "Beneficiário do Beneficiário Legal" ou "Assinatura do Representante Legal".

4. Caso com vítima maioridade sem parente - Nesse caso, em qualquer hipótese, o Representante Legal deverá assinar a autorização no campo "Assinatura do Representante Legal".

Nome Completo do Titular: Subsistema Saúde S/A CPF do Titular: 016.076.524/07 Data de Emissão: 28-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____

Endereço: _____

Declara, sob as penas da lei, que estas informações de assinatura e dados do representante legal (RL) para a finalidade de indenização do Seguro DPVAT S/A nº 0.194.076, são verdadeiras.

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento de RL, que atenda a região de ocorrência do sinistro em questão.

O estabelecimento de RL, que atenda a região de ocorrência do sinistro em questão, encontra-se em funcionamento para fins de emissão de Seguro DPVAT.

O estabelecimento de RL, que atenda a região de ocorrência do sinistro em questão, encontra-se em funcionamento com prazo superior a 90 (noventa) dias após a ocorrência do sinistro.

Com o objetivo de permitir o acesso do meu perfil de indenização do Seguro DPVAT, para o consentimento de a seguradora emitir o comprovante de sua atividade, solicito que esta declaração permita o envio de dados de identificação para o Instituto Médico Legal (IML), compreendendo desde aí, em seu subitem 1.º, a emissão de uma guia de pagamento de indenização do Seguro DPVAT para a conta bancária de existência e afiliação do grupo de risco, no âmbito do SINTE 4425/1 nº 0.194.076.

28 MAI 2018

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Pa. 194, Lda 17 - BRASÍLIA

016.076.524/07 a 288

LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - VÍTIMA EM CONTA À ORDERO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - SINISTROS SINTE 4425/1

Para obter mais informações, acesse o site <http://www.segurosbrasil.com.br> ou o site www.LIDER.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Necessário a pessoa beneficiária completar de todos os campos com os dados de IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO LEGAL, para que seja possível a emissão de uma guia de pagamento de indenização. Exibir o comprovante para o representante legal.

2. Caso com vítima entre 0 a 15 anos: O beneficiário legal é responsável pelo que está assinando. Assine o Representante Legal, apresentando a Declaração de Responsabilidade Legal.

3. Caso com vítima entre 16 a 17 anos: Nesse caso, o beneficiário que a vítima não assinou por ser "Representante Legal" (ou "Beneficiário Legal"), o beneficiário deve ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o beneficiário seja assinado pelo pai ou mãe do filho ou filho(a) "Beneficiário do Beneficiário Legal" ou "Assinatura do Representante Legal".

4. Caso com vítima maioridade sem parente - Nesse caso, em qualquer hipótese, o Representante Legal deverá assinar a autorização no campo "Assinatura do Representante Legal".

Nome Completo do Titular: Subsistema Saúde S/A CPF do Titular: 016.076.524/07 Data de Emissão: 28-05-2018

DADOS DO RECEDEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome: Subsistema Saúde S/A CPF: 016.076.524/07 Estado: DF

Endereço: Rua Orlândia de Paula Miranda Cidade: Brasília Estado: DF

CPF: 016.076.524/07 Data de Nascimento: 28/05/1978

Declara, sob as penas da lei, que estas informações de assinatura e dados do representante legal (RL) para a finalidade de indenização do Seguro DPVAT S/A nº 0.194.076, são verdadeiras.

TABELA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|------|------|------|------|
| 7 | 1552 | 1552 | 1552 |
| 1552 | 1552 | 1552 | 1552 |

CONTA SEGURADORA (Número para depósito de indenização) e **CONTA CORRENTE** (Número para depósito de indenização)

AGÊNCIA: 1552 BRANCO: 1552

DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, QUE ESTAS INFORMAÇÕES DE ASSINATURA E DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (RL) PARA A FINALIDADE DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT S/A Nº 0.194.076, SÃO VERDADEIRAS.

28 MAI 2018

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Pa. 194, Lda 17 - BRASÍLIA

016.076.524/07 a 288

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO e www.2.tjaj.us.br, protocolado em 30/08/2018 às 11:55, sob o número 0700300762018020027. Para conferir o original, acesse o site https://www.2.tjaj.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700300-76-2018.8.02.0027 e código 2C11782.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JERLANDERSON SANTOS SILVA

Nº Sinistro 3180183112

Vitima: JERLANDERSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 08/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180183112**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **08/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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 12751274





(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)



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

SINISTRO 3180183112 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JERLANDERSON SANTOS SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** JERLANDERSON SANTOS SILVA**CPF/CNPJ:** 01607052407**Posição em 19-06-2018 10:46:34**

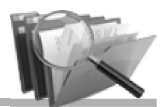
Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

| Histórico das correspondências enviadas | | |
|---|--|--|
| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
| 05/05/2018 | Negativa Técnica - Sequela não indenizável |  |
| 28/04/2018 | Aviso de Sinistro |  |

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)



ACOMPANHE O PROCESSO

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

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(<https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(<https://www.youtube.com/channel/UC185aBz9a19d7m7d1av>)
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

Serviços

- › [Acompanhe seu Processo \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Autoatendimento \(/Seguro-DPVAT/autoatendimento\)](#)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [SAC DPVAT \(/Contato/Sac-DPVAT\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Denúncia de Fraudes \(/Contato/Denuncia-de-Fraudes\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

|  REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA | | |
|--|---|---------------------------------------|
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ | COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL | DATA DE ABERTURA 10/12/2007 |
| NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA | | |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) ***** | | PORTE DEMAIS |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada | | |
| LOGRADOURO R DA ASSEMBLEIA | NÚMERO 100 | COMPLEMENTO ANDAR 26 |
| CEP 20.011-904 | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO |
| | | UF RJ |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR | | TELEFONE (21) 3861-4600 |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) ***** | | |
| SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007 | |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL | | |
| SITUAÇÃO ESPECIAL ***** | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL ***** | |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **30/08/2018** às **10:53:31** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**



Juízo de Direito da Vara de Único Ofício de Passo de Camaragibe
Pç. Padre Cícero Romão Batista, 13, Centro - CEP 57930-000, Fone: 3258-1104, Passo de
Camaragibe-AL - E-mail: passodecamaragibe@tjal.jus.br

Autos n° 0700300-76.2018.8.02.0027

Ação: Petição

Requerente: Jerlanderson Santos Silva

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

DESPACHO

Na presente **Ação de cobrança de seguro DPVAT**, os documentos anexados a inicial de fls. 13/21, encontram-se **ILEGÍVEIS**, assim, considerando o que determina o art. 319, do CPC/2015, **intime-se os patronos da parte autora, via DJE, para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, anexando cópia LEGÍVEL do RG e comprovante de residência, sob pena de indeferimento, conforme dispõe os art. 320 e 321 do CPC/2015.**

Passo de Camaragibe(AL), 14 de setembro de 2018.

Wilamo de Omena Lopes
Juiz de Direito

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0311/2018, encaminhada para publicação.

| Advogado | Forma |
|---|-------|
| Paulo Roberto Medeiros Sarmiento (OAB 11533/AL) | D.J |
| Abelardo José de Moraes (OAB 15046/AL) | D.J |

Teor do ato: "Na presente Ação de cobrança de seguro DPVAT, os documentos anexados a inicial de fls. 13/21, encontram-se ILEGÍVEIS, assim, considerando o que determina o art. 319, do CPC/2015, intime-se os patronos da parte autora, via DJE, para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, anexando cópia LEGÍVEL do RG e comprovante de residência, sob pena de indeferimento, conforme dispõe os art. 320 e 321 do CPC/2015."

Passo de Camaragibe, 18 de setembro de 2018.



Dr. Abelardo José de Moraes
Dr. Paulo Roberto Medeiros Sarmiento

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE
DIREITO DA VARA ÚNICA DO PASSO DE
CAMARAGIBE – AL**

Processo nº 0700300-76.2018.8.02.0027

JERLANDERSON SANTOS SILVA, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, vem, por intermédio de seus procuradores infra-assinados, com escritório profissional descrito no roda pé, vem, mui respeitosamente perante Vossa Excelência, cumprir o que foi determinado no despacho de fls. nº 28, que requer emendar a inicial, anexando cópia LEGÍVEL do RG e comprovante de residência.

Desta forma faz com os documentos juntados em anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

Maceió-AL, 20 de setembro de 2018.



*Dr. Abelardo José de Moraes
Dr. Paulo Roberto Medeiros Sarmento*

**ABELARDO JOSÉ DE MORAES
OAB/AL 15.046**

**PAULO ROBERTO M. SARMENTO
OAB/AL 11.533**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
CENTRO DE PERICIAS FORENSES
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DEL. MARIO PEDRO DOS SANTOS



Paulo Roberto Medeiros Sarmiento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3389404-3

DATA DE EXPEDIÇÃO

18/08/2008

NOME

JERLÂNDERSON SANTOS SILVA

FILIAÇÃO

JOSÉ MOREIRA DA SILVA

ILMA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE

PASSO DE CAMARAGIBE - AL

DATA DE NASCIMENTO

27/02/1991

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 3658 FLS 234 LIV A 07

SÃO MIGUEL DOS MANGUEIROS - AL

CPF

1 VIA

DEL. KELMANN VIEIRA DE OLIVEIRA
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

P 66

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

016.070.524-07

Nome

JERLANDERSON SANTOS SILVA

Nascimento

27/02/1991



15 de Novembro
REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
de 1889

AGOSTO/2018 05/09/2018 85 82,10

ELMA MARIA DOS SANTOS
R CEL GOES MONTEIRO S/N CENTRO
57.940-000 - SAO MIGUEL DOS MILAGRES ROI: 091.05.003.001905

| DADOS DE LEITURA | VALOR | AVISO | DADOS DE ATIVAÇÃO | |
|---------------------------------|-------|-------------------|-------------------|------------|
| Atual | 6,118 | | Atual | 29/08/2018 |
| Anterior | 60,11 | | Anterior | 30/07/2018 |
| Constante de Multiplicação | 1,000 | | Problema Leitura | 27/09/2018 |
| Consumo Medida | 85 | | Emissão | 28/08/2018 |
| Consumo Faturado | 85 | 1 CAM | Aprovação | 29/08/2018 |
| Situação de Faturamento: NORMAL | | Fator de Potência | Dias de Consumo | 30 |

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Tab. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL | MONO | E2220348 | S 1 1284/ | 1.1.1.1 | 126 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIÇÃO DA CONTA | Valor |
|-----------------|---------------------------------------|------------------|
| Médiano consumo | | |
| JUL/18 | CONSUMO 85 kWh a R\$ | 0,738437 = 62,76 |
| JUN/18 | CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP) | 18,36 |
| MAI/18 | CORRECAO MONETARIA 06/18-00 | 0,98 |
| ABR/18 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - | 4,25 |
| MAR/18 | | |
| FEV/18 | | |
| JAN/18 | | |
| DEZ/17 | | |
| NOV/17 | | |
| OCT/17 | | |
| SET/17 | | |
| AGO/17 | | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

***** REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA *****
 Em 28/08/2018, apuramos o debito abaixo. O não pagamento sujei-
 tara a suspensão do fornecimento a partir de 13/09/2018.
 07/18 116,98
 Existe outra conta ja reavisada no valor de R\$ 129,51, que po-
 dera levar a suspensão imediata do fornecimento.
 Caso o pagamento ja tenha sido efetuado, favor desconsiderar este
 reaviso.

MILHARES DE FAMILIAS PRECISAM DA SUA AJUDA. DOE PARA A LEGIAO DA
 BOA VONTADE PELA CONTA DE ENERGIA! Lbv - 0800 055 50 99.
 LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO B678.9BAE.03B2.E179.81D0.4588.81CB.5D3D

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 48,14 | Base do Cálculo: | 62,76 |
| Energia: | 0,00 | Alíquota ICMS: | 17,00% |
| Transmissão: | 0,00 | Valor do ICMS: | 10,66 |
| Encargos: | 0,00 | Valor do PIS: | 1,11% |
| Tributos: | 14,62 | Valor do COFINS: | 5,20% |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | | | FIC | | | DMC | | DICRI |
|--------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|-------|-------|
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Anual | |
| Índice | 6,01 | 12,06 | 24,12 | 1,48 | 6,97 | 11,95 | 1,54 | | |
| Índice | 1,81 | | | 6,00 | | | 1,75 | | |

Confiança: S. MARIZ DE CAMA Período de apuração: 06/2018 BUSC: 30,15

Eletrobras
 Distribuição de São Paulo

SEU CÓDIGO: 1345333-5 TOTAL A PAGAR - R\$: 82,10

Mês faturado: AGO/2018 VENCIMENTO: 05/09/2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MEDEIROS SARMENTO e www2.ijal.jus.br, protocolado em 20/09/2018 às 16:55 , sob o número WPCA18700015229. Para conferir o original, acesse o site https://www2.ijal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700300-76.2018.8.02.0027 e código 2CFD820.



Juízo de Direito da Vara de Único Ofício de Passo de Camaragibe
Pç. Padre Cícero Romão Batista, 13, Centro - CEP 57930-000, Fone: 3258-1104, Passo de Camaragibe-AL - E-mail: passodecamaragibe@tjal.jus.br

Autos nº 0700300-76.2018.8.02.0027

Ação: Petição

Requerente: Jerlanderson Santos Silva

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

DESPACHO - VISTO EM CORREIÇÃO - 2018
Provimento Nº 27/2017

1. () PROCESSO EM ORDEM, NADA A PROVER.
2. À CONCLUSÃO PARA:
 - 2.1. () DESPACHO
 - 2.2. (**X**) **DECISÃO**
 - 2.3. () SENTENÇA
3. COBRE-SE:
 - 3.1. () A DEVOLUÇÃO DE PRECATÓRIA
 - 3.2. () A DEVOLUÇÃO DE MANDADO
4. () CUMpra-SE O DESPACHO DE FLS.
5. () REITERE-SE O DESPACHO DE FLS.
6. () MANTENHA-SE O FEITO SOBRESTADO.
7. () ARQUIVE-SE, APÓS BAIXA NA DISTRIBUIÇÃO.
8. () AUTUE-SE.
9. REMETA-SE
 - 9.1. () AO TRIBUNAL DE JUSTIÇA
 - 9.2. () À CONTADORIA
 - 9.3. () À DISTRIBUIÇÃO
10. () EXPEÇA-SE CERTIDÃO AO FUNJURIS
11. COLOQUE-SE NA PAUTA DE AUDIÊNCIA:
 - 11.1. () CONCILIAÇÃO
 - 11.2. () INSTRUÇÃO
 - 11.3. () OUTRA
12. ABRA-SE VISTA AO ADVOGADO:
 - 12.1. () DO AUTOR
 - 12.2. () DO RÉU
 - 12.3. () DAS PARTES
13. () ABRA-SE VISTA AO DEFENSOR PÚBLICO
14. () ABRA-SE VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO
15. () JUNTE-SE PETIÇÃO
16. () CUMpra-SE O ATO PROCESSUAL DETERMINADO
17. () REITERE-SE OFÍCIO
18. EXPEÇA-SE:
 - 18.1. () ATO ORDINATÓRIO
 - 18.2. () EDITAL
 - 18.3. () PRECATÓRIA
 - 18.4. () OFÍCIO
 - 18.5. () MANDADO
 - 18.6. () CARTA
 - 18.7. () ALVARÁ
19. PUBLIQUE-SE:
 - 19.1. () ATO ORDINATÓRIO
 - 19.2. () DESPACHO
 - 19.3. () DECISÃO
 - 19.4. () SENTENÇA
20. () CERTIFIQUE-SE O DECURSO DO PRAZO
21. () DEVOLVA-SE CARTA PRECATÓRIA
22. () RETORNEM OS AUTOS AO ARQUIVO
23. () AGUARDE-SE O PRAZO DE SUSPENSÃO
24. () OUTROS:

Passo de Camaragibe(AL), 21 de janeiro de 2019.

Wilamo de Omena Lopes
 Juiz de Direito



Juízo de Direito - Vara de Único Ofício de Passo de Camaragibe
Pç. Padre Cícero Romão Batista, 13, Centro - CEP 57930-000, Fone: 3258-1104, Passo
de Camaragibe-AL - E-mail: passodecamaragibe@tjal.jus.br

Autos nº: 0700300-76.2018.8.02.0027

Ação: Petição

Requerente: Jerlanderson Santos Silva

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

DECISÃO

Inicialmente, verifico que foi requerida na petição inicial, a concessão do benefício da gratuidade de justiça. Deste modo, é possível observar que foi anexada declaração de pobreza à fl. 05, a qual demonstra a situação de vulnerabilidade econômica do(a) autor(a), não havendo notícia ou prova de situação que infirme a condição de hipossuficiente do(a) requerente. Por tais razões, **defiro a pleito de concessão da gratuidade de justiça.**

Tendo em vista o pedido da parte autora pela dispensa da audiência de conciliação e que é rotineiro em litígios que envolvam cobrança de diferença de seguro DPVAT não há ocorrência de autocomposição antes de perícia médica, **deixo para designar audiência de conciliação para momento posterior oportuno.**

Cite-se a parte ré, por via postal/oficial de justiça, para que apresente no prazo de 15 (quinze) dias contestação (art. 335, I e III, do NCPC), devendo, nesta oportunidade, alegar toda matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito com que impugna o pedido do autor e especificando as provas que pretende produzir, conforme preconiza o art. 336 do NCPC.

Após, vista à parte autora para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Passo de Camaragibe , 07 de maio de 2019.

Lívia Maria Mattos Melo Lima
Juíza de Direito

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0275/2019, encaminhada para publicação.

| Advogado | Forma |
|---|-------|
| Abelardo José de Moraes (OAB 15046/AL) | D.J |
| Paulo Roberto Medeiros Sarmiento (OAB 11533/AL) | D.J |

Teor do ato: "Por tais razões, defiro a pleito de concessão da gratuidade de justiça. Tendo em vista o pedido da parte autora pela dispensa da audiência de conciliação e que é rotineiro em litígios que envolvam cobrança de diferença de seguro DPVAT não há ocorrência de autocomposição antes de perícia médica, deixo para designar audiência de conciliação para momento posterior oportuno. Cite-se a parte ré, por via postal/oficial de justiça, para que apresente no prazo de 15 (quinze) dias contestação (art. 335, I e III, do NCPC), devendo, nesta oportunidade, alegar toda matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito com que impugna o pedido do autor e especificando as provas que pretende produzir, conforme preconiza o art. 336 do NCPC. Após, vista à parte autora para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias. Cumpra-se."

Passo de Camaragibe, 8 de maio de 2019.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0275/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 09/05/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 13/05/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

| Advogado | Prazo em dias | Término do prazo |
|---|---------------|------------------|
| Abelardo José de Moraes (OAB 15046/AL) | 15 | 31/05/2019 |
| Paulo Roberto Medeiros Sarmiento (OAB 11533/AL) | 15 | 31/05/2019 |

Teor do ato: "Por tais razões, defiro a pleito de concessão da gratuidade de justiça. Tendo em vista o pedido da parte autora pela dispensa da audiência de conciliação e que é rotineiro em litígios que envolvam cobrança de diferença de seguro DPVAT não há ocorrência de autocomposição antes de perícia médica, deixo para designar audiência de conciliação para momento posterior oportuno. Cite-se a parte ré, por via postal/oficial de justiça, para que apresente no prazo de 15 (quinze) dias contestação (art. 335, I e III, do NCPC), devendo, nesta oportunidade, alegar toda matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito com que impugna o pedido do autor e especificando as provas que pretende produzir, conforme preconiza o art. 336 do NCPC. Após, vista à parte autora para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias. Cumpra-se."

Passo de Camaragibe, 9 de maio de 2019.



Juízo de Direito - Vara de Único Ofício de Passo de Camaragibe
Pç. Padre Cícero Romão Batista, 13, Centro - CEP 57930-000, Fone: 3258-1104,
Passo de Camaragibe-AL - E-mail: passodecamaragibe@tjal.jus.br

Autos nº: 0700300-76.2018.8.02.0027

Ação: Petição

Requerente: Jerlanderson Santos Silva

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

Ao(À) Senhor(a) Diretor(a)

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-204

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem da Doutora Lívia Maria Mattos Melo Lima, Juíza de Direito desta Comarca. Fica Vossa Senhoria, na qualidade de requerido **CITADO** nos termos da ação, movida em face da Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT S/A, para que dentro do prazo de 15 (quinze) dias, possa, querendo, apresentar contestação nos termos do art. 335 do NCPC, devendo, nesta oportunidade, alegar toda matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito com que impugna o pedido do autor e especificando as provas que pretende produzir, conforme preconiza o art. 336 do NCPC. Tudo conforme cópias da petição inicial e decisão em anexo.

ADVERTÊNCIA:

1 - SEGUE SENHA DE ACESSO

Passo de Camaragibe, 17 de maio de 2019.

Matheus Margarino Oliveira Santos
 Chefe de Secretaria