

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**  
**PARA AÇÃO DE CONCESSÃO/RESTABELECIMENTO DE BENEFÍCIO**

**OUTORGANTE:** JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da CI nº 1.378.798 SSP/AL, inscrito no CPF/MF sob o nº 021.495.254-10, residente e domiciliada no Povoado Guardiana, S/N, Zona Rural, CEP: 57.770-000 Cajueiro-AL Fone: 82-99649-1820 (tim).

**OUTORGADO:** Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador **Felipe Lopes**, **Sociedade Individual de Advocacia**, devidamente registrada junto a OAB/AL sob nº RE 611/18, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 29.747.775/0001-07, neste ato por seu titular Felipe Lopes de Amaral, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/AL sob o nº 11.299, com escritório profissional na Rua Jangadeiros Alagoanos, nº 1188, sala 206 - Empresarial Millenium Tower, pajuçara, CEP: 57.030-000 Maceió-AL, endereço eletrônico [contato@felipelopesadv.com.br](mailto:contato@felipelopesadv.com.br).

**FINALIDADE:** Representar o outorgante a fim de proporem para proporem **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**.

**PODERES:** Os poderes contidos na cláusula "ad judícia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, conferindo, também, poderes específicos para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.

Nesta data, em 22/11/2018.



Outorgante

CONTRATO DE TRABALHO

18

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR : CP 2 LTDA ME  
C.N.P.J. : 03.779.255/0001-92  
AV/RUA : ROD SP308 PIRACICABA CHARQUEAD, S/N  
MUNICIPIO : PIRACICABA UF.: SP  
ATIVIDADE : CRIAÇÃO DE OUTROS ANIMAIS NÃO ESPECIF  
CARGO : PORTEIRO  
ADMISSÃO : 27 DE SETEMBRO DE 2010 CBO.: 517410

REGISTRO Nº: 000199  
REMUNERAÇÃO: (750,00) SETECENTOS E CINQUENTA RE  
AIS\*\*\*\*\*  
POR MES

CP 2 LTDA ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º Data saída 17 de maio de 2011  
2º

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : JB CONSTRUCOES E ENGENHARIA LTDA

Obra: 187 CASAS CAJUEIRO

CEI nº : 512103393476

Endereço :

Município/UF: CAJUEIRO/AL

Esp. Do Est.: Construção Civil

Cargo : SERVENTE DE OBRAS

C.B.O. : 717020

Admissão : 03/10/2011

Reg. nº - Fls/Ficha: 586

Categoria: Mensalista

Rem. espec. : R\$570,00 (quinhentos e setenta reais)

JB CONSTRUCOES E ENGENHARIA LTDA

João José de Carvalho Beirão  
Sócio-Administrador

1º Data saída 17 de maio de 2011  
2º

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

Devolver José Edson

DE SISELCO

021.495254-10

|  |  |                                |  |                                      |    |
|--|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|----|
| <b>CAIXA</b>                           |  | <b>PIS</b>                     |  | <b>PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL</b> |    |
| CAIXA ECONÔMICA FEDERAL                |  |                                |  |                                      |    |
| Número de identificação do Trabalhador |  |                                |  |                                      |    |
| 127.57020.01-5                         |  |                                |  | CAD. NOVO                            |    |
| Nome do trabalhador                    |  |                                |  |                                      |    |
| JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA / 127      |  |                                |  |                                      |    |
| Nome da mãe                            |  |                                |  |                                      |    |
| LUZINETE CLEMENTINO DOS SANTOS         |  |                                |  |                                      |    |
| Data de nascimento                     |  | Carteira de Trabalho<br>Número |  | Série                                | UF |
| 19/04/1973                             |  | 0084734                        |  | 00013                                | AL |
| Endereço da agência                    |  | Código banco/agência           |  |                                      |    |
| AV ROBSON MEDEIROS DE MELO, 950        |  | 104/2045-4                     |  |                                      |    |
| CNPJ/CEI DO EMPREGADOR                 |  |                                |  | Data do cadastramento                |    |
| 12213922/0001-66                       |  |                                |  | 03/07/2001                           |    |

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **COMPANHIA ACUCAR S/A**  
**USINA CAJUEIRO**  
 CNPJ/MF: **00.000.000/0001-66**  
 Rua: **ZONA RURAL - EP 57.770**  
 Município: **CAJUEIRO - A** Est.  
 Esp. do estabelecimento: **Fab. de Açúcar**  
 Cargo: **Trab. Rural**  
 CBO nº: **63150**  
 Data admissão: **10** de **março** de **2000**  
 Registro nº: **1530** Fls./Ficha: **573**  
 Remuneração especificada: **P/produção**  
 Cristiano Calheiros Barbosa  
 Gerente Administrativo  
 CRA: 1.1369  
 Cia. Açuc. Us. Capricho  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída: **30** de **março** de **2000**  
 Cristiano Calheiros Barbosa  
 Gerente Administrativo  
 CRA: 1.1369  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº: **2**

Ver pag. 42

Ver pag. 42

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **COMPANHIA ACUCAR S/A**  
**USINA CAJUEIRO**  
 CNPJ/MF: **00.000.000/0001-66**  
 Rua: **ZONA RURAL - EP 57.770**  
 Município: **CAJUEIRO - A** Est.  
 Esp. do estabelecimento: **Fab. de Açúcar**  
 Cargo: **Trab. Rural**  
 CBO nº: **63150**  
 Data admissão: **27** de **junho** de **2001**  
 Registro nº: **1530** Fls./Ficha: **573**  
 Remuneração especificada: **P/produção**  
 Cristiano Calheiros Barbosa  
 Gerente Administrativo  
 CRA: 1.1369  
 Cia. Açuc. Us. Capricho  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída: **30** de **junho** de **2002**  
 Cristiano Calheiros Barbosa  
 Gerente Administrativo  
 CRA: 1.1369  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº: **2**

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **COSAN S/A IND E COM (FCPINTO)**  
 CNPJ: **50.746.577/0029-16**  
 Endereço: **BAIRRO C.PINTO S/N**  
 Município: **PIRACICABA - SP**  
 FABRICACAO DE ACUCAR E ALCOOL  
 CARGO: **AJ.SERV.GERAIS IND.**  
 C.B.O:  
 Data Admissao: **25/08/2009**  
 Registro:  
 Remuneracao Especifica:  
 R\$ **2,73** p/hora  
 COSAN S/A IND E COM (FCPINTO)  
 1º ..... 2º .....  
 DATA SAIDA **22** DE **DEZEMBRO** DE **2009**.  
 70-COSAN S/A IND.COM.(F.COSTA PINTO)  
 Assinatura do empregador  
 Com. Dispensa CD Nº: **2**

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **COSAN S/A Indust. Comerc. (F.Costa Pin**  
 CNPJ: **50.746.577/0029-16**  
 Endereço: **Bairro Costa Pinto**  
 Município: **Piracicaba - SP**  
 Fabricação de Açúcar e Alcool  
 Cargo: **Aj Serv Gerais Indústria**  
 CBO: **941305**  
 Matrícula:  
 Data Admissao: **22.04.2010**  
 Registro:  
 Remuneração Especifica:  
 R\$ **2,73** P/ Hora  
 COSAN S/A Indust. Comerc. (F.Costa Pinto)  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída: **05** de **maio** de **2010**.  
 COSAN S/A INDÚSTRIA E COMÉRCIO  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº: **2**

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose Edison dos Santos Silva  
 Loc. Nas. Cametá Est. PA Data 19/04/73  
 Filiação Maria Pereira da Silva  
Muzinete Clementino dos Santos  
 Doc. Nº RE-1.378.198-SSP/PA-08.05.08.99

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 31/08/05 / 08/05 Doc. Ident. Nº 193100  
 Exp. em 25/10/05 / 08/05 Estado PA  
 Obs. 25/10/05  
 Data Emissão 31/08/05 DRT 193100  
 Assinatura do Funcionário 193100

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

Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

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

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 084734 Série 00013/PL

Jose Edison dos Santos Silva  
 ASSINATURA DO PORTADOR

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ EDSON DOS SANTOS brasileira, ,  
 RG nº. , CPF nº. 021.495.254-9, REPRESENTANTE DE

o mesmo  
 DECLARO para fins de comprovação de residência, sob  
 as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que residente  
 e domiciliados(a) Rua. PV. VILA OPERARIA, S - 199 - PV. UHP  
 Cep: 57770-00 Alagoas

Por ser a expressão da verdade, assumindo  
 inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas  
 da lei, assino para que produza seus efeitos legais.

Maceió, 06 de junho de 2018

José Edson dos Santos Silva

1056555-8

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP. 37052-902  
 (SAC) 0800-12.273.084/0001-00 - IE: 24007177-8  
 REGISTRO ESPECIAL DE SUPRÊSADO AUTORIZADO PELA SEC. DA SUTENELA  
 Nº 1/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SERIE 11/11

Nº da Nota Fiscal

004204116

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ABRIL/2018

23/04/2018

67

35.25

~~MARIA CIGERA DOS SANTOS SILVA~~  
~~PV VILA OPERARIA I 194 POV VILA OPERARIA I~~

57.770-000 - CAJUEIRO

ROT: 017.09.008.000680

|                             |                    |                             |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|
| PROPOSTA: 100               | 9650               | 16/04/2018                  |
| Atual:                      | 9583               | 15/03/2018                  |
| Anterior:                   | 1.000              | 16/05/2018                  |
| Constante de Multiplicação: | 67                 | Proxima Leitura: 13/04/2018 |
| Consumo Medido:             | 67                 | Emissão: 16/04/2018         |
| Consumo Faturado:           | NORMAL             | Apresentação: 32            |
| Forma de Faturamento:       | Fator de Potência: | Dias de Consumo:            |

| Classe/Solidez   | Linha | Número Modulo | Posto      | Código Tat | Média 12 meses |
|------------------|-------|---------------|------------|------------|----------------|
| RESID. Bx. RENDA | MONO  | 01/33520      | \$ 1.59367 | 1.4.1.1    | 63             |

| CONSUMO |    | 30 kWh a R\$                          | 0,236674 = | 7,10  |
|---------|----|---------------------------------------|------------|-------|
| MAR/18  | 64 | 37 kWh a R\$                          | 0,405707 = | 15,01 |
| FEV/18  | 59 | DIFERENÇA DE TARIFA                   |            | 24,11 |
| JAN/18  | 64 | SUBVENÇÃO BAIXA RENDA                 |            | 18,06 |
| DEZ/17  | 80 | CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(COSIP) |            | 7,09  |
| NOV/17  | 70 |                                       |            |       |
| OUT/17  | 64 |                                       |            |       |
| SET/17  | 58 |                                       |            |       |
| AGO/17  | 58 |                                       |            |       |
| JUL/17  | 30 |                                       |            |       |
| JUN/17  | 46 |                                       |            |       |
| MAI/17  | 77 |                                       |            |       |
| ABR/17  | 86 |                                       |            |       |

EM 30/05 O SINAL ANALOGICO DE TV SERA DESLIGADO. SAIBA SE TEM DIR  
EITO AO KIT GRATUITO. LIGUE 147 OU ACESSO O SITE WWW.SEJADIGITAL.  
COM.BR  
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 9CCE.1853.6C33.6C9C.DC94.0233.7C6B.9068

| COMBUSTÍVEL - R\$ |       | IMPACTOS TRIBUTÁRIOS |        |
|-------------------|-------|----------------------|--------|
| Distribuição:     | 34,59 | Base de Cálculo:     | 46,22  |
| Energia:          | 0,00  | Alíquota ICMS:       | 17,00% |
| Transmissão:      | 0,00  | Valor do ICMS:       | 7,85   |
| Encargos:         | 0,00  | Valor do PIS:        | 1,45%  |
| Tributos:         | 11,63 | Valor do COFINS:     | 6,73%  |

| DIC        |        |            | FIC   |        |                      | DMIC    | DICI   |
|------------|--------|------------|-------|--------|----------------------|---------|--------|
|            | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral           | Anual   | Mensal |
| Linha      | 6,03   | 12,06      | 24,12 | 3,80   | 7,60                 | 15,20   | 3,54   |
| Realizando | 0,00   |            |       | 0,00   |                      |         | 0,00   |
| Conjunta   | SE     | CAPITA     |       |        | Período de operação: | 02/7018 | CUSD:  |
|            |        |            |       |        |                      |         | 7,15   |

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da CI nº 1.378.798 SSP/AL, inscrito no CPF/MF sob o nº 021.495.254-10, residente e domiciliada no Povoado Guardiana, S/N, Zona Rural, CEP: 57.770-000 Cajueiro-AL, declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.

Por isso requiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 22/11/2018.

x José Edson dos Santos Silva  
Declarante



**Dr. Ricardo Gusmão Moura**

CRM - 3083 - SBOT 5151

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Membro da Sociedade Latino Americana de Cirurgia do Joelho - SLARD

[www.mourasaude.com](http://www.mourasaude.com)

## Atestado

**JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA**

Atesto a pedido para fins de comprovação junto ao INSS, que o Sr.(a), JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA, apresenta fratura de clavícula D.

Seus exames mostram a presença de cicatriz cirurgica no ombro D.

Foi realizado tratamento cirurgico de fratura de clavícula do ombro D.

Apresentando prognóstico bom

Este problema acarreta para a saúde do paciente impotencia funiconal relativa

Necessita de 60 ( sessenta ) dias de afastamento do trabalho, devido a sua função alegada de trabalhador rural, cabendo legalmente ao perito Médico do INSS a decisão do beneficio previdenciario, tais como aposentadoria, Invalidez temporária ou permanente e readaptação e ao médico do trabalho a relação nexa causal. O médico assistente não esta habilitado a realizar tal tarefa, salvo melhor juizo desta Pericia Medica.

CID s 42

Maceio, 15 de fevereiro de 2017

*Dr. Ricardo Moura*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3083

**Ricardo Gusmão Moura**

CRM 3083/AL

Médico ortopedista e traumatologista

5031309.431.754-53CRM 3083/AL15/02/2017

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO

DA COMARCA DE SÃO PAULO

PROCESSO Nº 0700204-87.2019.8.02.0007

INTERMEDIAR



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO

Trata-se de recurso interposto contra a decisão de primeiro grau que julgou improcedente a ação de indenização por danos morais e materiais proposta pelo autor em face do réu. O autor alega que o réu, ao não cumprir com o contrato firmado entre as partes, causou-lhe danos morais e materiais. O réu, por sua vez, alega que não houve culpa sua no ocorrido e que a indenização não é devida. O juízo de primeiro grau julgou improcedente a ação, considerando que o autor não conseguiu comprovar a culpa do réu e a existência dos danos alegados. O autor interpôs recurso, alegando que o juízo de primeiro grau não considerou devidamente os fatos e as provas produzidas no processo. O réu também interpôs recurso, alegando que o juízo de primeiro grau não considerou devidamente as alegações de defesa. O presente recurso é interposto pelo autor, com o objetivo de reverter a decisão de primeiro grau e condenar o réu ao pagamento da indenização por danos morais e materiais.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO



João Carlos dos  
Santos, Ex-m

R. João Carlos

PAÇO  
30 - 220  
21 12/12

Dr. Schmitz Med  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 2823

3/2/2

Rua Prof. José da Silveira Camerino, 1065 - Farol  
Maceió - AL - CEP 57057-250 Fone: (82) 4009-4442  
<https://www.hospitalsanatorio.com.br>  
CNPJ.: 12.310.579/0001-78  
Diretor Técnico - Dr. Amon Farias Campos - CRM/AL 1637



JOSE EDSON DOS SANTOS  
SILVA

ATENDIMENTO

Medico

Paciente portador de  
síndrome de Asperger  
do tipo com formação  
do MSD foi submetido  
a trat. cirúrgico com  
placa e parafusos  
atendidos e curados.  
Paciente em acompanhamento,  
Dr. Eduardo MSD com encaminh.  
Procedimentos: 524.7  
cod: T82.1 + 529.7

Rua Prof. José da Silveira Camerino, 1065 - Farol  
Maceió - AL - CEP 57057-250 Fone: (82) 4009-4442  
<https://www.hospitalsanatorio.com.br>  
CNPJ.: 12.310.579/0001-78  
Diretor Técnico - Dr. Amon Farias Campos - CRM/AL 1637

Dr. Sebastião Vitor  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 2826

31/12/19

524.7  
M24.5

## Requerimento de Benefício por Incapacidade

## Comprovante do Requerimento

Requerimento: 190598056  
Benefício Nº: 6242376397  
Data: 04/08/2018

## Dados Do Requerimento

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| NIT (PIS/PASEP):                     | 12757020015                                   |
| Nome:                                | JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA                   |
| Endereço:                            | FAZ GUARDIANA, SN                             |
| Bairro/Município/UF/CEP:             | ZONA RURAL / CAJUEIRO / AL / 57770000         |
| Agência:                             | MACEIO TABULEIRO DO MARTINS                   |
| Endereço da Realização da Perícia:   | AV DOUTOR DURVAL DE GOES MONTEIRO 4995        |
| Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:  | TABULEIRO DO MARTINS / MACEIO / AL / 57061000 |
| Exame médico-pericial agendado para: | 03/09/2018 14:40                              |

## Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada: Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Carimbo e Assinatura  
do responsável pela Empresa

Assinatura

## Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
  - Documento de IDENTIDADE Original;
  - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
  - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
  - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
  - Se segurado especial(trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.
- Compareça à Agência da Previdência Social com no mínimo 1 (uma) hora de antecedência do horário da perícia médica, munido de documentos pessoais, a fim de regularizar dados cadastrais.

Encerrar

Imprimir



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12757020015

Número do Benefício: 6242376397

Espécie: 31

Número do Requerimento: 190598056

Ao Sr. (a): JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA

Endereço: GUARDIANA SN, ZONA RURAL

CEP: 57770000 Município: CAJUEIRO

UF: AL

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Data do Início da Doença - DID - anterior ao ingresso ou reingresso ao RGPS

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei 8.213 de 24/07/91. Art. 71 do Decreto nº 3.048 de 06/05/99

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 04/08/2018, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada que a incapacidade para o trabalho à anterior ao início/reinício de suas contribuições para Previdência Social.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da presente comunicação.

Data, 3 de Setembro de 2018

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência MACEIO TABULEIRO DO MARTINS

CEP: 57061000

Município: MACEIO

Endereço: AV DOUTOR DURVAL DE GOES


UF: AL MONTEIRO 4995, TABULEIRO DO MARTINS

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

---

Assinatura do Requerente / Representante Legal




**LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

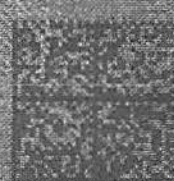
**Seguro DPVAT - Proteção para todos**

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

saiba +  
www.seguradoralider.com.br



**Seguradora LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT



Correio: RS 01 74

JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA  
PV GUARDIANA, S/N  
RURAL  
CEP 57770-000 - CAJUEIRO - AL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
- DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Paz, 1884, Loja 17-MACEIO/AL

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>DEVOLUÇÃO</b></p> <p>Seguradora Líder - DPVAT</p> <p>CAIXA POSTAL 40.970</p> <p>CEP: 20.270-971</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> | <p><b>Para uso dos correios</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Mudou-se<br/> <input type="checkbox"/> Desconhecido<br/> <input type="checkbox"/> Recusado<br/> <input type="checkbox"/> Ausente<br/> <input type="checkbox"/> Não procurado         </p> <p> <input type="checkbox"/> Endereço inexistente<br/> <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado<br/> <input type="checkbox"/> Falecido         </p> <p>Data: / /</p> | <p><b>Responsável pela Informação</b></p> <p>Entregador</p> <p> <input type="checkbox"/> Morador<br/> <input type="checkbox"/> Síndico<br/> <input type="checkbox"/> Porteiro         </p> |
|---|--|--|

**Entre em contato conosco**

**SAC DPVAT 0800 022 12 04**

**www.seguradoralider.com.br**



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10728519

A/C: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170165090 ASL-0112922/17  
Vítima: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA  
Data Acidente: 22/10/2016  
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](http://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](http://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 início 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**



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

02149 52 5410

Jose Edmar dos Santos Silva

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|  |                  |                                       |                  |                        |  |
|--|------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------|--|
| Nome completo<br>Jose Edmar dos Santos Silva |                  | CPF titular da conta<br>02149 5254 10 |                  | Profissão<br>Pecunista |  |
| Endereço<br>PV Guardião                      |                  | Número<br>512                         |                  | Complemento            |  |
| Bairro<br>Rural                              | Cidade<br>Cajuru | Estado<br>AL                          | CEP<br>57170-000 |                        |  |
| Email  |                  |                                       | Telefone (DDD)   |                        |  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

2045

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

25426

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maceió, 18 de ABRIL de 2018

Local e Data

Jose Edmar dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronald Wanderley de Mello inscrito (a) no CPF 787.258.604 / 53  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dr. Edson dos Santos Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 021.495.254 / 10 do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima  
\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

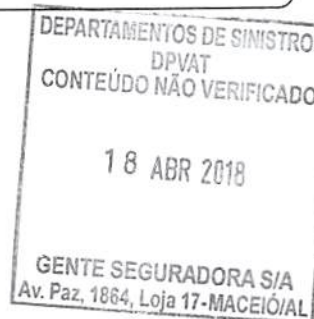
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|  |                         |                               |                              |
|--|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Endereço<br><u>R. Dr. José Correia Filho</u> |                         | Número<br><u>275</u>          | Complemento<br><u>Ap 002</u> |
| Bairro<br><u>Pont Verde</u>                  | Cidade<br><u>Maceio</u> | Estado<br><u>AL</u>           | CEP<br><u>57-000-00</u>      |
| Email _____                                  |                         | Telefone comercial(DDD) _____ | Telefone celular (DDD) _____ |

13 de ABRIL de 2018

Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137153/18  
Vítima: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA  
CPF: 021.495.254-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/10/2016  
Titular do CPF: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA : 021.495.254-10

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### RONALD WANDERLEY ARANDA DE MELLO : 787.258.604-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2018  
Nome: RONALD WANDERLEY ARANDA DE MELLO  
CPF/CNPJ: 787.258.604-53

RONALD WANDERLEY ARANDA DE MELLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora


Data do cadastramento: 18/04/2018  
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA  
CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

SINISTRO  
3180175538

OK



|   |   |  |                        |            |
|---|---|--|------------------------|------------|
|  ESTADO DE ALAGOAS<br>SECRETARIA<br>DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL<br>POLICIA CIVIL | BOLETIM DE OCORRÊNCIA   |  | NUMERO: 0905-H/17-0002 | Pág. 1 / 1 |
|   | DELEGACIA: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3<br>FONE: 32841780 DATA/HORA COMUNICADO: 18/01/2017 15:58<br>DELEGACIA DESTINO: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3 |  |                        |            |

|      |   |                                       |                     |
|------|---|---------------------------------------|---------------------|
| FATO | NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO                         |                                       | INSTRUMENTO: Outros |
|      | DATA/HORA: 22/10/2016 18:00   | LOCAL DO FATO: AL 210 Outros Cajueiro |                     |
|      | DIA DA SEMANA: 6 PONTO DE REFERÊNCIA: NAS PROXIMIDADES DO POSTO ESTRELA |                                       |                     |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| COR  | ESTADO CIVIL  | NACIONALIDADE   | DIA DA SEMANA                                   | GRAU DE INSTRUÇÃO   |
| 1 BRANCO 4 PARDO<br>2 PRETO 5 SARARA<br>3 AMARELO 6 ALBINO | 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO<br>2 CASADO 5 AMASIADO<br>3 VIUVO | 1 BRAS. NATO<br>2 BRAS. NATURALIZADO<br>3 ESTRANGEIRO | 1 SEG 4 QUI 7 DOM<br>2 TER 5 SEX<br>3 QUA 6 SAB | 1 ANAFABETO 4 NIVEL MEDIO<br>2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR<br>3 FUNDAMENTAL |


|                            |  |                                |                                |                   |               |
|----------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------|
| VITIMA                     | NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA   |                                | RG: 1378798                    | SSP-AL            | CPF: 02149525 |
|                            | FILIAÇÃO: NELSON PEREIRA DA SILVA  |                                | LUZINETE CLEMENTINO DOS SANTOS |                   |               |
|                            | PROFISSÃO: Outras  | DATA DE NASCIMENTO: 19/04/1973 | IDADE: 43                      | COR: 4            | SEXO: M       |
|                            | UF: AL NATURALIDADE: CAJUEIRO/AL   | NACIONALIDADE: 1               | ESTADO CIVIL: 1                | GRAU INSTRUÇÃO: 2 | TURISTA: NÃO  |
|                            | ENDEREÇO: FAZENDA GUARDIANA  |                                |                                |                   | Nº            |
|                            | BAIRRO: ZONA RURAL   | CIDADE: Cajueiro               | FONE:                          |                   |               |
|                            | SE ( ) PM ( ) PF ( ) PC ( ) PRF ( ) BM ( ) GM ESPECIFICAR ( ) EM SERVIÇO ( ) FORA DE SERVIÇO ( ) INATIVO |                                |                                |                   |               |
| AFINIDADE VITIMA -> AUTOR: |  | OCORRÊNCIA RELACIONADA A:      |                                | Nº 0905-H/17-0002 |               |


|                     |
|---------------------|
| AUTOR: DESCONHECIDO |
|---------------------|


|         |                                    |                |                                       |
|---------|------------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| VEICULO | VEICULO: DEVOLVIDO                 | PLACA: NMM1014 | CHASSI: 9C2KC1670CR547824             |
|         | MARCA/MODELO: HONDA CG 150 FAN ESI | COR: PRETA     | ANO FABRICAÇÃO: 2012 ANO MODELO: 2012 |

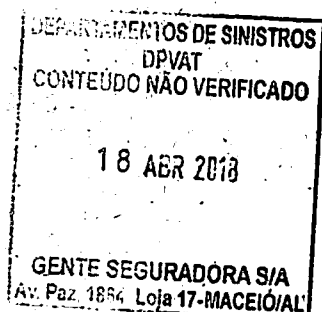
|           |  |
|-----------|--|
| HISTORICO | Que na data e hora supracitada, relata o declarante que estava conduzindo uma Moto Honda CG 150 Fan ESI, de cor preta, placa NMM 1014, chegar nas proximidades do Posto Estrela na AL 210 um cachorro atravessou a pista, ao tentar desviar o declarante perdeu o controle da moto e caiu; Que relata o declarante que fora socorrido pela ambulância de Cajueiro/AL e levado até o Hospital local e logo em seguida encaminhado para o HGE em Maceió/AL; Que procurou está 102º DP de Cajueiro/AL para fazer o B.O. e dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais relatou. |
|           | OBS: ONDE CONTA O NOME DO PAI DA VITIMA COMO SENDO NELSON FERREIRA DA SILVA, LEIA-SE NELSON PEREIRA DA SILVA, CONFORME CERTIDÃO DE NASCIMENTO APRESENTADA NESTA DELEGACIA.   |
|           | RETIFICAÇÃO EM 29/11/2017 FEITO POR FERNANDO ANTONIO LUCENA MALTA, AGENTE DE POLICIA CIVIL, A MOTO HONDA CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, PLACA NMM1014 EM NOME DE LUIZ ROSENDO DA SILVA COM O CPF: 9C2KC1670CR547824.  |

|  |                    |                                   |
|--|--------------------|-----------------------------------|
| NOTICIANTE:                                    |                    | ASS.: José Edson dos Santos Silva |
| ELABORADO POR: Fernando Antonio Lucena Malta   | ASS.: [assinatura] | RG / MAT.: 3014177                |
| AUTORIDADE: José Rosivaldo Vilar da Silva      | ASS.: [assinatura] | RG / MAT.: 305049                 |
| ESCRIVÃO AD-HOC: Fernando Antonio Lucena Malta | ASS.: [assinatura] | RG / MAT.: 3014177                |





|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
|  <b>ESTADO DE ALAGOAS</b><br><b>SECRETARIA</b><br><b>DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL</b><br><b>POLICIA CIVIL</b> |  | <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA</b><br><b>DELEGACIA: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3</b><br><b>FONE: 32841780</b><br><b>DELEGACIA DESTINO: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3</b> |  | <b>NUMERO: 0905-H/17-0002</b><br><b>Pág. 1 / 1</b>   |
| <b>FATO</b>   | <b>NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>   |   | <b>INSTRUMENTO: Outros</b>                   |  |
|   | <b>DATA/HORA: 22/10/2016 18:00</b>   |   | <b>LOCAL DO FATO: AL 210 Outros Cajueiro</b> |  |
|   | <b>DIA DA SEMANA: 6. PONTO DE REFERÊNCIA: NAS PROXIMIDADES DO POSTO ESTRELA</b>  |   |  |  |
| <b>COR</b><br>1 BRANCO 4 PARDO<br>2 PRETO 5 SARARA<br>3 AMARELO 6 ALBINO  |  | <b>ESTADO CIVIL</b><br>1 SOLTEIRO 4 SEPARADO<br>2 CASADO 5 AMASIADO<br>3 VIUVO  |  | <b>NACIONALIDADE</b><br>1 BRAS. NATO<br>2 BRAS. NATURALIZADO<br>3 ESTRANGEIRO                        |
|   |  | <b>DIA DA SEMANA</b><br>1 SEG 4 QUI 7 DOM<br>2 TER 5 SEX<br>3 QUA 6 SAB   |  | <b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b><br>1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO<br>2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR<br>3 FUNDAMENTAL |
| <b>VITIMA</b>   | <b>NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA</b>  |   | <b>RG: 1378798</b>                           | <b>SSP-AL</b>  |
|   | <b>FILIAÇÃO: NELSON PEREIRA DA SILVA</b>   |   | <b>LUZINETE CLEMENTINO DOS SANTOS</b>        |  |
|   | <b>PROFISSÃO: Outras</b>   |   | <b>DATA DE NASCIMENTO: 19/04/1973</b>        | <b>IDADE: 43</b>   |
|   | <b>UF: AL</b>  | <b>NATURALIDADE: CAJUEIRO/AL</b>  | <b>NACIONALIDADE: 1</b>                      | <b>ESTADO CIVIL: 1</b>   |
|   | <b>ENDEREÇO: FAZENDA GUARDIANA</b>   |   | <b>GRAU INSTRUÇÃO: 2</b>                     | <b>TURISTA NÃO</b>   |
|   | <b>BAIRRO: ZONA RURAL</b>  | <b>CIDADE: Cajueiro</b>   | <b>FONE:</b>                                 |  |
|   | <b>SE ( ) PM ( ) PF ( ) PC ( ) PRF ( ) BM ( ) GM ESPECIFICAR ( ) EM SERVIÇO ( ) FORA DE SERVIÇO ( ) INATIVO</b>  |   |  |  |
| <b>AFINIDADE VITIMA -&gt; AUTOR:</b>  |  | <b>OCORRÊNCIA RELACIONADA A: Nº 0905-H/17-0002</b>  |  |  |
| <b>AUTOR: DESCONHECIDO</b>  |  |   |  |  |
| <b>VEICULO</b>  | <b>VEICULO: DEVOLVIDO</b>  |   | <b>PLACA: NMM1014</b>                        | <b>CHASSI: 9C2KC1670CR547824</b>   |
|   | <b>MARCA/MODELO: HONDA</b>   | <b>CG 150 FAN ESI</b>   | <b>COR: PRETA</b>                            | <b>ANO FABRICAÇÃO: 2012 ANO MODELO: 2012</b>   |
| <b>HISTORICO</b>  | Que na data e hora supracitada, relata o declarante que estava conduzindo uma Moto Honda CG 150 Fan ESI, de cor preta, placa NMM 1014, chegar nas proximidades do Posto Estrela na AL 210 um cachorro atravessou a pista, ao tentar desviar o declarante perdeu o controle da moto e caiu. Que relata o declarante que fora socorrido pela ambulância de Cajueiro/AL e levado até o Hospital local e logo em seguida encaminhado para o HGE em Maceió/AL; Que procurou está 102º DP de Cajueiro/AL para fazer o B.O. e dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais relatou. |   |  |  |
|   | <b>OBS: ONDE CONTA O NOME DO PAI DA VITIMA COMO SENDO NELSON FERREIRA DA SILVA, LEIA-SE NELSON PEREIRA DA SILVA, CONFORME CERTIDÃO DE NASCIMENTO APRESENTADA NESTA DELEGACIA.</b>  |   |  |  |
| <b>NOTICIANTE:</b>  |  | <b>ASS: José Edson dos Santos Silva</b><br><b>RG / MAT.: 3014177</b>  |  |  |
| <b>ELABORADO POR: Fernando Antônio Lucena Malta</b>   |  | <b>ASS: JCU</b><br><b>RG / MAT.: 305049</b>   |  |  |
| <b>AUTORIDADE: José Rosivaldo Vilar da Silva</b>  |  | <b>ASS: [Assinatura]</b><br><b>RG / MAT.: 3014177</b>   |  |  |
| <b>ESCRIVÃO AD-HOC: Fernando Antonio Lucena Malta</b>   |  | <b>ASS: [Assinatura]</b><br><b>RG / MAT.: 3014177</b>   |  |  |



*Doc. FALTANDO*

## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2536108

DATA: 22/10/2016

HORA: 19:45:00

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA

SEXO: MASCULINO DATA NASCIMENTO: 19/04/1973

IDADE: 43 ANOS

CPF:

MÃE:

RG:

RESPONSÁVEL: CUNHADO

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: CAJUEIRO/AL

BAIRRO:

LOGRADOURO: RUA FLOR DO PARAIBA NUM 194

TELEFONE: 96169666

OBSERVAÇÕES:

## DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

FORMA DE CHEGADA: AMBULANCIA

PROCEDÊNCIA: CAJUEIRO

SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: SIM

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual: Paciente vítima de queda de moto, trajando por ambulância de cajueiro, sem imobilização padrão. Relata dor e dificuldade de movimentação de MIE. Negativa perda de consciência, vômitos e escuridão. Negativa alteração medular. Relata dor em região inguinal.

## Exame Físico:

A - Vias aéreas: permeáveis, sem cervicalgia

B - MV + em AHT, sem RA.

C - RER em 2T, BNF, sem ruídos.

D - ECG IS, pupilas isocóricas e foto negativas

E - Líquido pleural indolor a palpitação sem sinais de irritação peritoneal. Ferimento aberto - contuso em MIE, excorciação em MMSS, ferimento contuso em região inguinal, a direita, Ferimento em região frontal a direita.

## Exames Complementares:

☐ RAO-X☐ SANGUE☐ URINA☐ TC☐ LIQUOR☐ ECG☐ ULTRASSONOGRAFIA

## Hipótese Diagnóstica:

Trauma Crânio-encefalo e Extremidade

## Conduta Clínica

① Dipirona 1g EV AD agora.

② Clotatil 40mg + AD EV agora.

③ Radiografia de coxa esquerda de Pele

④ Análise da Ontofobia

⑤ Alta do CTBME

⑥ Alta do Cir. Genl

## Enfermagem

18 ABR 2018  
Pedro Brim Araujo Madeiro  
Cirurgião Geral - Maceió - AL  
CRM 5930 - AL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FELIPE COSTA DE AMARAL e www2.tjal.jus.br, protocolado em 21/08/2019 às 12:36, sob o número 07002048720-98020067. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pag/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700204-87.2019.8.02.0007 e código 3B00D3B.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Estevão da Silva

CPF da Vítima

021.495.254-10

Data do Acidente

22/10/2016

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 4º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Paz, 1864, Loja 17-MACEIÓ/AL


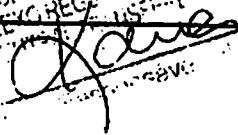
Maceió, 18 de ABRIL de 2018

Local e Data

João Estevão da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

|  |             |  |  |
|--|-------------|--|--|
| <br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br>HOSPITAL GERAL DO ESTADO<br>PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA |             | <b>ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIO PARA<br/>ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO</b>   |  |
| UNIDADE DE DESTINO: <u>Nossa Senhora de Fátima</u>   |             |  |  |
| NOME DO USUÁRIO: <u>Edson dos S. Silva</u>   |             | IDADE:   |  |
| SEXO:  | CARTÃO SUS: | REGISTRO:  |  |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Fratura de clavícula (D)</u>  |             |  |  |
| MOTIVO ENCAMINHAMENTO: <u>TIPO - contusão</u>  |             |  |  |
| <u>5, 01, 2017</u><br>DATA   |             | <br>Dra. Karina Fraga Palmeira<br>Médica<br>CRM 3321/A<br>MÉDICO RESPONSÁVEL |  |

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - N.I.R.

**ESTADO DE ALAGOAS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - COMPLEXO REGULADOR**  
**- SURAUD -**  
**NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - HGE**  
**Grupo Gestão de Vagas ( Central de Transferência)**  
  
**Horário de Atendimento - Segunda a Segunda das 07h às 19h**  
  
**ENCAMINHAMENTO LINHA DE CUIDADO DA TRAUMATO - ORTOPEDIA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 18 ABR 2018  
  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Paz, 1864 Loja 17-MACEIÓ/AL

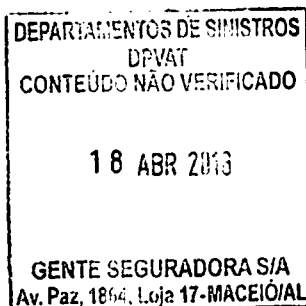
**BIOIMAGEM**

RUA BARÃO DE MACEIÓ, 288 - CENTRO - MACEIÓ - ALAGOAS - FONE (82) 2123-9593 / 2123-6000  
C.N.P.J. 12.307.187/0001-50 INSC ESTADUAL 24.054.180-4

|                     |                                   |             |         |                   |            |
|---------------------|-----------------------------------|-------------|---------|-------------------|------------|
| Paciente:           | JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA       | Idade:      | 43      | Sexo:             | M          |
| Convênio:           | VIDA E SAUDE                      | Status:     | EXTERNO | Nº Atendimento:   | 4601060    |
| Procedência:        | RADIOLOGIA                        | Prontuário: | 902224  | Nº Pedido:        | 1440954    |
| Médico Solicitante: | DR.(a) JOSE MATIAS DE ALBUQUERQUE |             |         | Data Atendimento: | 20/12/2016 |
| Nº Laudo:           | 615280                            |             |         | Data Realizado:   | 20/12/2016 |
|                     |                                   |             |         | Data Laudo:       | 22/12/2016 |

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO**

Fratura no terço médio da diáfise da clavícula direita.



Dr. PEDRO DA SILVA MALTA  
CRM: 2539

Usuário: JOANA PAULA MAURICIO DE  
SOUZA

Página 1 de 1

Somente profissional capacitado pode interpretar de forma correta as imagens e o relatório médico. Não devem ser avaliados



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA  
SECRETARIA HOSPITALAR  
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001  
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

## RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: José Edson dos Santos Silva

D. NASCIMENTO: 19.04.4973

PRONTUÁRIO: 2537941

DATA DO ATENDIMENTO: 27.10.2016

HORA: 09h:58min

ALTA: 29.11.2016

CID: T. 29

DIAGNÓSTICO: ➤ Queimaduras múltiplas

TRATAMENTO: ➤ Cirúrgico

ACHADO:

- Queimadura de 2º e 3º graus em antebraço esquerdo e direito
- Ferimento suturado em coxa esquerda
- Fratura de clavícula direita
- Relato de acidente de trânsito há 05 dias

CONDUTA:

- Avaliação da ortopedia e cirurgia vascular
- Exames laboratoriais
- Debridamento
- Enxertia de pele em antebraços
- Antibiótico
- Analgesia



OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência e encaminhado para o Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relata as informações constantes no prontuário.

Maceió, 27 de fevereiro de 2017



CAJUEIRO

PRONTUÁRIO: U.M.D.A.D. C. Nº

## RECEITUÁRIO

8/ Jose Ebron dos Santos  
Silva

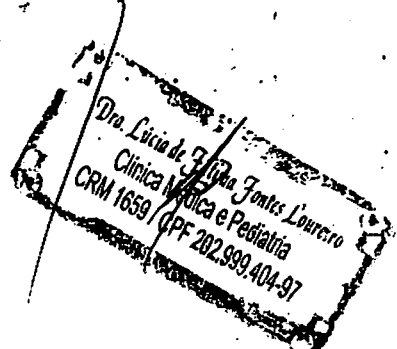
Ph - mo ar

Cefazol 500 g

1 comp - 2 x 12 h

fe

20  
p1  
17



OBS: Escrever de forma legível, com carimbo e assinatura



CAJUEIRO

fls. 37

PRONTUÁRIO: U.M.D.A.D. C. Nº

## RECEITUÁRIO

8/ Jose Ebron dos Santos  
Silva

Ph - mo ar

Propom 100 g

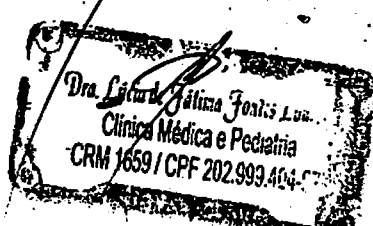
1 comp 1 h

Flaginac 5000

1 comp 2 x 12 h

fe

20  
p1  
17



OBS: Escrever de forma legível com carimbo e assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Paz, 1884, Loja 17-MACEIÓ



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Cajueiro**  
**Av. Antonio Carlos de Moraes, sn, Centro - CEP 57770-000, Fone: 3284-1121,**  
**Cajueiro-AL - E-mail: cajueiro@tjal.jus.br**

**Autos nº: 0700204-87.2019.8.02.0007**

**Ação:** Procedimento Ordinário

**Autor:** Jose Edson dos Santos Silva

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

### **DECISÃO**

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT ajuizada por José Edson dos Santos Silva em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, ambos qualificados na exordial.

O autor juntou documentos às págs. 11/37.

**Os autos vieram conclusos. Decido.**

**Recebo** a presente petição inicial, pois presentes seus requisitos de admissibilidade.

Defiro os benefícios da justiça gratuita, tendo em vista a declaração de hipossuficiência à fl. 18.

No mais, **cite-se** a parte ré, por via postal, bem como intime-se para comparecer à **audiência de conciliação, a ser realizada em 13 de novembro de 2019, às 10 horas, vez que no art. 334, §4º do Código de Processo Civil, informa que a audiência de conciliação só não ocorrerá se ambas as partes se manifestarem, expressamente, e no presente caso, somente a parte autora em sua petição inicial informou não ter interesse.**

Deverá constar no mandado de citação a advertência à parte ré de que, caso não compareçam à referida audiência ou, em não havendo acordo entre as partes, não apresente contestação à inicial, de forma oral ou escrita, na própria audiência, especificando as provas que pretenda produzir, estará sujeita à incidência dos efeitos da revelia, sendo reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora e realizado, de



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Cajueiro**  
**Av. Antonio Carlos de Moraes, sn, Centro - CEP 57770-000, Fone: 3284-1121,**  
**Cajueiro-AL - E-mail: cajueiro@tjal.jus.br**

imediato, o julgamento da presente demanda, nos termos dos artigos 18, § 1º, e 20 da Lei n.º 9.099/95.

**Intime-se a parte autora por meio do seu advogado constituído nos autos.**

Demais intimações e providências necessárias.

Cumpra-se.

Cajueiro/AL, 27 de setembro de 2019.

**Lígia Mont'Alverne Jucá Seabra**  
**Juíza de Direito**



PODER  
JUDICIÁRIO  
DE ALAGOAS  
ESTADO DE ALAGOAS  
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da Vara do Único Ofício de Cajueiro  
Av. Antonio Carlos de Moraes, sn, Centro - CEP 57770-000, Fone: 3284-1121, Cajueiro-AL - E-mail: cajueiro@tjal.jus.br

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DE AUDIÊNCIA**

Processo Digital n°: **0700204-87.2019.8.02.0007**  
Classe – Assunto: **Procedimento Ordinário - Acidente de Trânsito**  
Autor: **Jose Edson dos Santos Silva**  
Réu: **Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**  
Data da Audiência: **13/11/2019 às 10:00h - Sala Sala de Audiência**

**Destinatário:**

**Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**  
Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro  
Rio de Janeiro-RJ  
CEP 20031-205

**Observação: A Senha de acesso ao processo encontra-se na parte inferior, junto a assinatura.**

Pela presente, comunico que perante este Juízo tramita a ação em epígrafe, da qual fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** de todo o conteúdo da petição inicial e da decisão, bem como **INTIMADA(O)** a comparecer à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, acima mencionada, munido de documento de identidade, nos termos do art. 18, incs. I e II, e no art. 19, *caput*, ambos da Lei nº 9.099/1995, ficando, ainda, ciente de que o recibo que acompanha esta carta valerá como comprovante que esta citação se efetivou.

**ADVERTÊNCIAS:** Deverá constar no mandado de citação a advertência à parte ré de que, caso não compareçam à referida audiência ou, em não havendo acordo entre as partes, não apresente contestação à inicial, de forma oral ou escrita, na própria audiência, especificando as provas que pretenda produzir, estará sujeita à incidência dos efeitos da revelia, sendo reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora e realizado, de imediato, o julgamento da presente demanda, nos termos dos artigos 18, § 1º, e 20 da Lei nº 9.099/95.

**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 nº 11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Cajueiro, 30 de setembro de 2019. Lígia Mont'Alverne Jucá Seabra – Juíza de Direito.

## CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0214/2019, encaminhada para publicação.

Advogado  
Felipe Lopes de Amaral (OAB 11299/AL)

Forma  
D.J

Teor do ato: "DECISÃO Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT ajuizada por José Edson dos Santos Silva em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, ambos qualificados na exordial. O autor juntou documentos às págs. 11/37. Os autos vieram conclusos. Decido. Recebo a presente petição inicial, pois presentes seus requisitos de admissibilidade. Defiro os benefícios da justiça gratuita, tendo em vista a declaração de hipossuficiência à fl. 18. No mais, cite-se a parte ré, por via postal, bem como intime-se para comparecer à audiência de conciliação, a ser realizada em 13 de novembro de 2019, às 10 horas, vez que no art. 334, §4º do Código de Processo Civil, informa que a audiência de conciliação só não ocorrerá se ambas as partes se manifestarem, expressamente, e no presente caso, somente a parte autora em sua petição inicial informou não ter interesse. Deverá constar no mandado de citação a advertência à parte ré de que, caso não compareçam à referida audiência ou, em não havendo acordo entre as partes, não apresente contestação à inicial, de forma oral ou escrita, na própria audiência, especificando as provas que pretenda produzir, estará sujeita à incidência dos efeitos da revelia, sendo reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora e realizado, de imediato, o julgamento da presente demanda, nos termos dos artigos 18, § 1º, e 20 da Lei n.º 9.099/95. Intime-se a parte autora por meio do seu advogado constituído nos autos. Demais intimações e providências necessárias. Cumpra-se. Cajueiro/AL, 27 de setembro de 2019. Lígia Mont'Alverne Jucá Seabra Juíza de Direito"

Cajueiro, 30 de setembro de 2019.

## CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0214/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 01/10/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 03/10/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado  
Felipe Lopes de Amaral (OAB 11299/AL)

| Prazo em dias | Término do prazo |
|---------------|------------------|
| 5             | 09/10/2019       |

Teor do ato: "DECISÃO Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT ajuizada por José Edson dos Santos Silva em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, ambos qualificados na exordial. O autor juntou documentos às págs. 11/37. Os autos vieram conclusos. Decido. Recebo a presente petição inicial, pois presentes seus requisitos de admissibilidade. Defiro os benefícios da justiça gratuita, tendo em vista a declaração de hipossuficiência à fl. 18. No mais, cite-se a parte ré, por via postal, bem como intime-se para comparecer à audiência de conciliação, a ser realizada em 13 de novembro de 2019, às 10 horas, vez que no art. 334, §4º do Código de Processo Civil, informa que a audiência de conciliação só não ocorrerá se ambas as partes se manifestarem, expressamente, e no presente caso, somente a parte autora em sua petição inicial informou não ter interesse. Deverá constar no mandado de citação a advertência à parte ré de que, caso não compareçam à referida audiência ou, em não havendo acordo entre as partes, não apresente contestação à inicial, de forma oral ou escrita, na própria audiência, especificando as provas que pretenda produzir, estará sujeita à incidência dos efeitos da revelia, sendo reputados verdadeiros os fatos alegados pela parte autora e realizado, de imediato, o julgamento da presente demanda, nos termos dos artigos 18, § 1º, e 20 da Lei n.º 9.099/95. Intime-se a parte autora por meio do seu advogado constituído nos autos. Demais intimações e providências necessárias. Cumpra-se. Cajueiro/AL, 27 de setembro de 2019. Lígia Mont'Alverne Jucá Seabra Juíza de Direito"

Cajueiro, 1 de outubro de 2019.