

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.

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

PODERES: Os poderes contidos na cláusula "ad judicia", 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.

josé edson dos santos silva

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
 ADMISSAO : 27 DE SETEMBRO DE 2010 CBO.: 517410

REGISTRO Nº: 000198
 REMUNERACAO: 1750,00 SETECENTOS E CINQUENTA RE
 AIS*****

 POR MES

CP 2 LTDA ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída 14 de maio de 2011
 Henrique

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 Diogo R. Carvalho
 CP2 LTDA ME

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : JB CONSTRUÇOES E ENGENHARIA LTDA

Obra: 187 CASAS CAJUEIRO

CEI nº : 512103393476

Endereço :

Municipio/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)

/mês
 JB CONSTRUÇOES E ENGENHARIA LTDAJoão José de Carvalho Beltrão
 Sócio-Administrador

1º 2º
 Data saída 27 de junho de 2011
 a

Ass. João José de Carvalho Beltrão
 Sócio-Administrador

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

Denúncia José Edson

Desistência

021-4952-54-20

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

PIS
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL

Número de Identificação do Trabalhador
127.57020.01-5 CAD. NOVO

Nome do trabalhador
JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA / 1227

Nome da mãe
LUZINETE CLEMENTINO DOS SANTOS

| | | | | |
|----------------------------------|---|----------------|----------|------------------------------------|
| Data de nascimento 19/04/1973 | Carteira de Trabalho Número 0084734 | Série 00013 | UF AL | Código banco/agência 104/2045-4 |
|----------------------------------|---|----------------|----------|------------------------------------|

Endereço da agência
AV ROBSON MEDEIROS DE MELO, 950

| | |
|--|-------------------------------------|
| CNPJ/CEI DO EMPREGADOR 12213922/0001-66 | Data do cadastramento 03/07/2001 |
|--|-------------------------------------|

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão
 Registro n°
 Remuneração especificada
 Cristiano Calheiros Barbosa
 Gerente Administrativo
 CRA-1.1369
 Cia. Acuc. Us. Capricho
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Cristiano Calheiros Barbosa
 Ass. do Empregador ou a rogo c/test.
 1º CRA-1.1369
 Cia. Acuc. Us. Capricho
 Com. Dispensa CD N°
 Vick Mag. 42

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Cristiano Calheiros Barbosa
 Gerente Administrativo
 CRA-1.1369
 Cia. Acuc. Us. Capricho
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Cristiano Calheiros Barbosa
 Ass. do Empregador ou a rogo c/test.
 1º CRA-1.1369
 Cia. Acuc. Us. Capricho
 Com. Dispensa CD N°
 Vick Mag. 42

Viva Brasil

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 N°

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: COSAN S/A Indust. Comerc. (F.Costa Pinto
 CNPJ: 50.746.577/0029-16
 Endereço: Bairro Costa Pinto
 Município: Piracicaba - SP
 Fabricação de Açucar e Alcool
 Cargo: Aj. Serv. Gerais Indústria
 CBO: 841305
 Matrícula:
 Data Admissão: 22.04.2010
 Registro:
 Remuneração Especifica:
 R\$ 2,73 P/ Hora
 COSAN S/A Indust. Comerc. (F.Costa Pinto)

1º 2º
 Data saída de de
 COSAN S/A INDÚSTRIA E COMÉRCIO
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD N°

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome João Edmundo Santos Silveira

Loc. Nasç. Caraguatatuba Est. SP / Doc. Ident. N° 19.04173
 Filiação Neto de Bernardo da Silveira L.
Neto de Clementino dos Santos L.
 Doc. N° RG: 1.318.198 - SSP/SP / Ex: 25.08.99

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
 Exp. em / / Estado
 Obs. 25/10/05 DRT 116/05/05/05
 Data Emissão 31/08/05 Assinatura do Funcionário João Edmundo Santos Silveira

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" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, 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 confidos 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.

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

Habite-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
 CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 0.841734 Série 00013/11.

Assinatura do Portador

9

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.

.....

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Edson dos Santos, brasileira, ,
RG nº. , CPF nº. 021.495.254-1, REPRESENTANTE DE

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 Operária, 5-1909 - Pov. Urip
Cep: 57710-000 Alagoas

Por ser a expressão da verdade, assumindo
inteiraresponsabilidade 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



Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para contatar a
Sobrbras, informe
este NÚMERO

SEG CÓD G
1056555-8

004203116

Nº da Nota Fiscal:

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

23/04/2018

10

35. 25

MARIA CICERA DOS SANTOS SILVA
PV VILA OPERARIA I 194 POV VILA OPERARIA I

57.770-000 - CAJUEIRO

DOI: 10.17.09.008.000680

| PROSPECTO | 9650 | DATA | 16/04/2018 |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual: | 9583 | Atual: | 15/03/2018 |
| Anterior: | 1.000 | Anterior: | 16/05/2018 |
| Constance de Multilinkação: | 67 | Proxima Leitura: | 13/04/2018 |
| Consumo Médio: | 67 | Emissor: | 16/04/2018 |
| Consumo Faturado: | NORMAL | Apresentação: | 32 |

Forma de Financiamento: Fator de Polinomial: Dia de Contorno:

| RESÍD.BX.RENDA | MONO | Numero Medidor | Plata | Código Est. | Média 12 meses |
|----------------|------|---------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------|
| | | 01733520 | S 1 59367 | 1.4.1.1 | 63 |
| MAR/18 | 64 | CONSUMO | 30 kWh a R\$ 0,236674 = | | 7,11 |
| FEV/18 | 59 | | 37 kWh a R\$ 0,405707 = | | 15,00 |
| JAN/18 | 64 | DIFERENCA DE TARIFA | | | 24,11 |
| DEZ/17 | 80 | SUBVENCAO BAIXA RENDA | | | 18,00 |
| NOV/17 | 70 | CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP) | | | 7,09 |
| 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 ANALÓGICO DE TV SERÁ DESLIGADO. SAIBA SE TEM DIREITO AO KIT GRATUITO. LIGUE 147 OU ACESSE O SITE WWW.SEJADIGITAL.COM.BR. LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 3 8 13 18 23 28.

9CCCE 1853 6C33 6C9C DC94 0233 7C6B 8068

| VALORES DE BASE DE CÁLCULO | | VALORES DE TÍTULOS DE CUSTOS | |
|----------------------------|-------|------------------------------|--------|
| Distribuição: | 34,59 | Base de Cálculo: | 46,22 |
| Energia: | 0,00 | Aliquota ICMS: | 17,00% |
| Transmissão: | 0,00 | Valor do ICMS: | 7,85 |
| Encargos: | 0,00 | Valor do PIS: | 0,67 |
| Tributos: | 11,63 | Valor do COFINS: | 3,11 |

| INDICADORES DE CONTABILIDADE | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|------------|-------|--------|------------|---------|--------|--------|
| | DIC | | | FIC | | | DMIC | DIARI |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Hálito | 6,03 | 12,06 | 24,12 | 3,80 | 7,60 | 15,20 | 3,54 | |
| Realizado | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |
| Conjunto | SE CAPTIA | | | | Período de | 02/2018 | | 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 requeiro 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.

× 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.mourasauda.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 cirúrgica no ombro D.

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

Apresentando prognóstico bom

Este problema acarreta para a saúde do paciente impotência funcional 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 benefício previdenciário, tais como aposentadoria, invalidez temporária ou permanente e readaptação e ao médico do trabalho a relação nexo causal. O médico assistente não está habilitado a realizar tal tarefa, salvo melhor juízo desta Perícia Médica.

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



Sua saúde é a nossa vida

Dr. José da Silveira Camerino
 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. Silviano Mora
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-AL 2823
 31/01/2019



Sua saúde é a nossa vida

José Silveira Camerino
Silveira
ATENÇÃO
MEDE
Personas Personas Di-
síntesis O. de síntesis
de mano con personas
de MSO Fui subiendo
a Dr. Silveira, cirurgião con
poca e poucas
atenciones e con-
tradiciones e con-
trarias a meus
Dr. Silveira MSO con enc-
ontrando un-
en: TS2.1 + S29.7
Dr. Silveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 2626
31/2/2018
M24.5

Rua Prof. José da Silveira Camerino, 1065 - Farol
Maceió - AL - CEP 57057-250 Fone: (82) 4009-4442

Macelo - AL - CEP 57037-250 | Fone: (82) 4009-4442
<https://www.hospitalsanatorio.com.br>

<https://www.flspfaisanatoche.com>
CNPJ.: 12.310.579/0001-78

Diretor Técnico - Dr. Amon F.

Diretor Técnico - Dr. Antônio F.

5245

Dr. S. Scattolon
Ortopedia e Traumatologia
CRMA AL 2826

31/2/ye

Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 190598056
 Beneficio 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

1. Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - a. Documento de IDENTIDADE Original;
 - b. EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - c. 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;
 - d. Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - e. Se segurado especial(trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
2. 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 ou ligando para o número 135 da Central.
3. 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.
4. 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](#)

MPS | INSS



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



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

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 - MACE

DEVOLUGA

Seguradora Líder - DPVAT

CEP: 20.270-971
CAIXA POSTAL 40.970
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

Responsável pela remessa

Ausente
 Falecido
 Morador
 Stridente

Desconhecido
 Não existe o nº indicado
 Endereço insuficiente

Bifurca-se
 Desconhecido
 Endereço insuficiente

Pode ser
 Pode ser
 Pode ser
 Pode ser

Pode ser

Não procura

Endereço de fato
desconhecido

Pode ser

Pode ser

Pode ser

Pode ser

Pode ser

Pode ser

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco



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, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA 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

02149525410

José Edmão dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|-------------------------------------|---------------------|
| Nome completo José Edmão dos Santos Silva | CPF titular da conta 02149525410 | Profissão Recev. |
| Endereço PV Içárisina | Número 512 | Complemento |
| Bairro Rural | Cidade Agudos | Estado AL |
| Email | CEP 57770 000 | 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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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.

2045

D/V

CONTA

NRO.

25426

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

Manaus, 18 de Abril de 2018

Local e Data

José Edmão 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronald Ubudalete de Mello inscrito (a) no CPF 787.258.604-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson dos Santos Júnior 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:

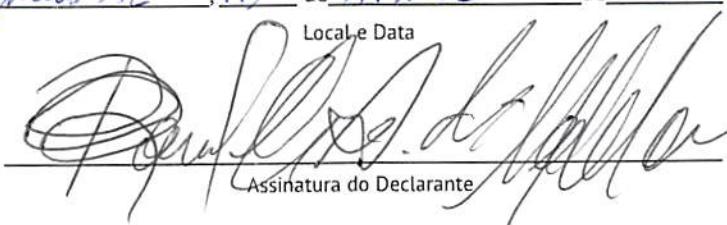
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

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 <u>R. Dr. José Correia filho.</u> | Cidade <u>Maceió</u> | Número <u>275</u> | Complemento <u>DP 002</u> |
| Bairro <u>Ponta Verde</u> | Estado <u>AL</u> | CEP <u>57.000-000</u> | |
| Email _____ | Telefone comercial (DDD) _____ | Telefone celular (DDD) _____ | |

18 ABR 2018 de ABRIL de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137153/18

Vítima: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA
CPF: 021.495.254-10

Data do Acidente: 22/10/2016

CPF de: Próprio

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 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

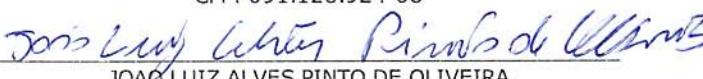
RONALD WANDERLEY ARANDA DE MELLO

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



SI VISITRO
3180115538

OK

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

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 05 JUL 2018 |
| Gente Seguradora S/A. Av. Da Paz, 1864 - Sl. 17 Maceió - AL |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------|--|-------------------------|----------------|--|
|  ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL | BOLETIM DE OCORRÊNCIA | | NUMERO: 0905-H/17-0002 | PÁGINA 1 / 1 | | | | | | | | |
| | DELEGACIA: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3 FONE: 32841780 DELEGACIA DESTINO: 102º DP - Cajueiro 9ª DRP/DPJA3 | | DATA/HORA COMUNICADO: 18/01/2017 15:58 | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| FATO VITIMA | COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARADA 3 AMARELO 6 ALBINO | | ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASADO 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 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL | | | |
| | NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA | | | | | RG: 1378798 | | SSP-AL | | CPF: 02149525400 | | |
| | 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 | | NACIONALIDADE: CAJUEIRO/AL | | ESTADO CIVIL: 1 | | GRAU INSTRUÇÃO: 2 | | TURISTA: NÃO | | Nº | |
| | ENDERECO: FAZENDA GUARDIANA | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |
| VEÍCULO HISTÓRICO | VEÍCULO DEVOLVIDO | | | PLACA: NMM1014 | | | CHASSI: 9C2KC1670CR547824 | | | | | |
| | MARCA/MODELO: HONDA CG 150 FAN ESI | | | COR: PRETA | | | ANO FABRICAÇÃO: 2012 | | | ANO MODELO: 2012 | | |
| <p>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, ao 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 foi 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.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <i>437375</i> | | | | | | | | | | | | |
| NOTICIANTE: | | ASS.: José Edson dos Santos Silva | | | | | | | | | | |
| ELABORADO POR: Fernando Antonio Lucena Malta | | ASS.: RG / MAT.: 3014177 | | | | | | | | | | |
| AUTORIDADE: José Rosivaldo Vilar da Silva | | ASS.: RG / MAT.: 305049 | | | | | | | | | | |
| ESCRIVÃO AD-HOC: Fernando Antonio Lucena Malta | | ASS.: FALM | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|-------------------|--------------|
| ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL | | BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA: 102º DP - Cajueiro 9º DRP/DPJA3 FONE: 32841780 DELEGACIA DESTINO: 102º DP - Cajueiro 9º DRP/DPJA3 | | NUMERO: 0905-H/17-0002 Pág. 1 / 1 | | | |
| 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: 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARADA 3 AMARELO 6 ALBINO | | ESTADO CIVIL: 1 SOLTEIRO 4 SÉPARADO 2 CASADO 5 AMASIAO 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 NIVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA | | | | RG: 1378798 | SSP-AL | | |
| FILIAÇÃO: NELSON PEREIRA DA SILVA | | | | Luzinete Clementino dos Santos | | | |
| VITIMA | PROFISSÃO: Outras | | DATA DE NASCIMENTO: 19/04/1973 | | IDADE: 43 | | |
| | UF: AL NATURALIDADE: CAJUEIRO/AL | | NACIONALIDADE: 1 | | ESTADO CIVIL: 1 | GRAU INSTRUÇÃO: 2 | TURISTA: NÃO |
| | ENDERECO: FAZENDA GUARDIANA | | | | | | Nº: 1236 |
| 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 | | | | | | | |
| VEÍCULO | VEÍCULO: DEVOLVIDO | | PLACA: NMM1014 | CHASSI: 9C2KC1670CR547624 | | | |
| | MARCA/MODELO: HONDA CG 150 FAN ESI | | COR: PRETA | ANO FABRICAÇÃO: 2012 ANO MODELO: 2012 | | | |
| 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, ao chegar nas proximidades do Posto Estrela na AL 210 um cachorro atravessou a pista, ao tentar desviar o declarante perdeu o controle da moto 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. | | | | | | | |
| NOTICIANTE: | | ASS.: <i>X José Edson dos Santos Silva</i> | | | | | |
| ELABORADO POR: Fernando Antônio Lucena Malta | | ASS.: <i>JAL</i> | | RG / MAT.: 3014177 | | | |
| AUTORIDADE: José Rosivaldo Vilar da Silva | | ASS.: <i>JRV</i> | | RG / MAT.: 305049 | | | |
| ESCRIVÃO AD-HOC: Fernando Antônio Lucena Malta | | ASS.: <i>JAL</i> | | RG / MAT.: 3014177 | | | |



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

MÃE:

CPF:

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, trazido por ambulância de Cajueiro, sem imobilização padrão. Relata dor e dificuldade de movimentação de MIE. Nega perda de consciência, vômitos e cianose. Nega alteração de humor. Relata dor em região inguinal.

Exame Físico:

- A - Vícos aéreos perneos, sem cervicalgia
 B - MVT em AHT, sem RA.
 C - RCT em 2T, BNF, sem sopros.
 D - ECG 15, pupilas isocônicas e feto neogento

E - Gândulo fluido undolar e polipeiforme, sem sinais de infecção peritoneal. Ferimento aberto - contuso em MIE, escoriações em MMS, ferimento contuso em região infracostal à direita, ferimento em região frontal à direita.

Exames Complementares:

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAIO-X | <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> URINA | <input type="checkbox"/> TC |
| <input type="checkbox"/> LIQUOR | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA | |

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica

- ① Dipirona 1g EVT AD agor.
 ② Ibotil 40mg + AD EVagora.
 ③ Radiografia de tórax, esquerda e de Pelve

Enfermagem

FEIRA DE SANTOS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 18 ABR 2018
 Pedro Brito Araújo Mamedo
 Cir. Geral, Vascular, G. Gópica
 CRM 5930 - AL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

USUÁRIO: Delane Karynne Cavalcante Santos

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

José Edson dos Santos Silva

CPF da Vítima

021495254-13

Data do Acidente

22/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 as 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. 3º da Lei nº 6.194/74.

 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

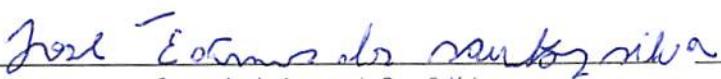
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

18 ABR 2018

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

mscb/12, 18 de ABR/18 de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

| | | | | |
|---|-------------|--|--|--|
|  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA | | ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO | | |
| UNIDADE DE DESTINO: <i>Nossa Senhora de Fátima</i> | | | | |
| NOME DO USUÁRIO: <i>José Edson dos S. S. S. S.</i> IDADE: <i>18</i> | | | | |
| SEXO: | CARTÃO SUS: | REGISTRO: | | |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Fratura de Clavícula (1)</i> | | | | |
| MOTIVO ENCAMINHAMENTO: <i>TTº = consultas</i> | | | | |
| <i>ESTADO DE ALAGOAS</i> <i>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</i> <i>DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE</i> <i>PROJETO HGE</i> <i>ADORE FAZER ISSO</i> <i>DATA: 05/01/2017</i> | | | | |
| <i>Dra. Karina Fraga Palmeira</i> <i>Médica</i> <i>CRM 3321/AL</i> | | | | |
| 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
EMCAMINHAMENTO LINHA DE CUIDADO DA TRAUMATO - ORTOPEDIA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 ABR 2013

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



BIOIMAGEM



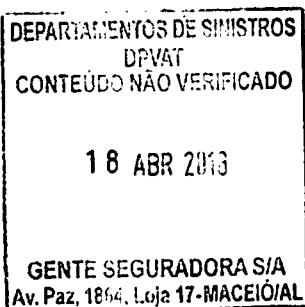
1694847

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

Sómente profissional capacitado para interpretar de forma correta as imagens e o relatório médico. Outros devem ser avaliados

Página 1 de 1

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 multiplas

TRATAMENTO: ➤ Cirúrgico

➤ Queimadura de 2º e 3º graus em antebraço esquerdo e diântro
ACHADO: ➤ 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 da UPA, do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 22 de fevereiro de 2017



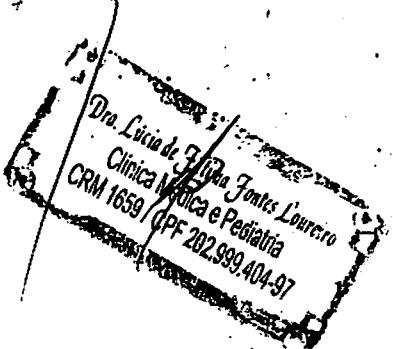
CAJUEIRO

PRONTUÁRIO: U.M.D.A.D. C. N°

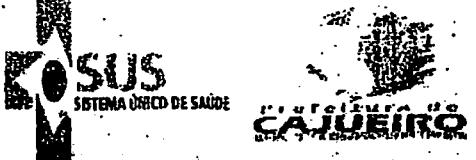
RECEITUÁRIO

P/ Jose Edison dos Santos
 Silveira
 100 mg
 Cetagen 500 mg
 1 comp 2 xgs 00
 jse

20
 P1
 17



OBS.: Escrever de forma legível com carimbo e assinatura

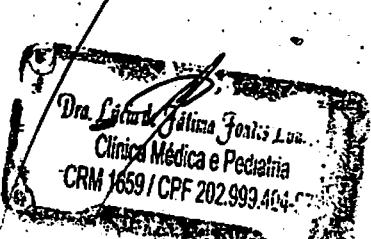


PRONTUÁRIO: U.M.D.A.D. C. N°

RECEITUÁRIO

P/ Jose Edison dos Santos
 Silveira
 100 mg
 Propranolol 100 mg
 1 comp 1 xgs
 Alginac 5000
 1 comp 2 xgs 00

20
 P1
 17



OBS.: Escrever de forma legível com carimbo e assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 ASR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Paz, 1004, Loja 17-MACEIÓ/AL



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 fls. 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**



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 nº: **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 flf. 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 nº 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 | Prazo em dias | Término do prazo |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Felipe Lopes de Amaral (OAB 11299/AL) | 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.