

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIANA ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02177-6

CONTA: 000000010365-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1112018050000000000237021770000001036594500 PAGO

---

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DIANA ALEXANDRE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180410232**

Vitima: **PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180410232**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



08 FEV 2018



## 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 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 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

PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES

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

Nome completo <b>DIANA ALEXANDRE DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>055.184.985-19</b>	Profissão <b>DOZAR</b>
Enderéco <b>ASSENTO AGROVILA TIRADENTES</b>	Número <b>—</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>AREA RURAL</b>	Cidade <b>CAMIMOG</b>	Estado <b>SE</b>
Email	CEP <b>49.820.000</b>	Telefone (DDD) <b>79.9980-9432</b>

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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. <b>2177-6</b>	D/V <b>6</b>	CONTA NRO. <b>0010365</b>	D/V <b>9</b>
----------------------------------	-----------------	---------------------------------	-----------------

(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.

CAMIMOG/SE/05 de 02 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Diana Alexandre da Silva  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 (Pal, 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" (Pal, 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

153.010.614-10

Nome completo da vítima

Pedro Lucas da Silva Gomes

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Dionássio Andrei da Silva	055.184.985-19	Januária
Endereço	Número	Complemento
Avs Agrôcola	51N	Sala
Bairro	Cidade	Estado
Zona rural	Romende D.S. Francisco	SE
Email	CEP	Telefone (DDD)
marcosduferia@gmail.com	59.820-000	79.998-9207

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"/> RECLUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

**ACONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237)     | <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) | <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  |                                     |

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2177	6	30365	9

(Informar dígito se existir)

(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.

Sr.º Da Cunha, 29 de 06 de 18

Local e Data

Dionássio Andrei da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

05 SET 2018



## DELEGACIA DE POLÍCIA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO

RUA OTAVIO FERNANDES DE SOUZA CEP 49820000, CENTRO FONE:() 3346-1309

Boletim de Ocorrência 2018/06535.0-000100

## DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO

Endereço: RUA OTAVIO FERNANDES DE SOUZA CEP 49820000, CENTRO FONE:() 3346-1309

## FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 09/09/2017 - 20:30 até 09/09/2017 - 20:30

Endereço: RODOVIA SE 206 Número: Complemento: PRÓXIMO AO COLÉGIO ZUMBI DOS PALMARES CEP: 49820-000

Bairro: ASSENTAMENTO ALTO BONITO Cidade: CANINDE DE SAO FRANCISCO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

## NOTICIANTE

Nome: DIANA ALEXANDRE DA SILVA

Nome do pai: ADALBERTO ALEXANDRE DA SILVA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES ALEXANDRE

Pessoa: Física CPF/CGC: 055.184.985-19 RG: 25928074 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA Data de nascimento: 31/05/1991 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: AGRICULTORA Estado civil: Solteiro Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: GRUPO TIRADENTES (PRÓXIMO AO SABOR DO SERTÃO) Número: Complemento:

CEP: 49.820-000 Bairro: ALTO BONITO Cidade: CANINDE DE SAO FRANCISCO UF: SE

Proximidades: Telefone: (79) 9 9833-0435

## VÍTIMA

Nome: PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES

Nome do pai: EDIVALDO GOMES DOS SANTOS Nome da mãe: DIANA ALEXANDRE DA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: UF: Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA Data de nascimento: 29/06/2008 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de Instrução: Não informado

Endereço: GRUPO TIRADENTES Número: Complemento:

CEP: 49.820-000 Bairro: ALTO BONITO Cidade: CANINDE DE SAO FRANCISCO UF: SE

Proximidades: Telefone:

## PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÕES CORPORAIS - PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES

## HISTÓRICO

Segundo narrou-me a noticiante, em 09/09/2017, por volta das 20:30h, seu filho PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES caminhava pelo acostamento da Rodoaria SE 206, próximo ao Colégio Zumbi dos Palmares, junto com uma tia e outras pessoas, se dirigindo ao circo; vinham 02 rapazes em duas motos fazendo racha em alta velocidade, posteriormente identificados como LAUDISON DOS ANJOS VIEIRA, filho de Laureano Vieira de Matos e Maria Aparecida dos Anjos, e GIRENILSON VIEIRA DOS SANTOS, filho de Gileno Vieira dos santos e Jelita Celestino Nunes, CPF 069.003.985-96, e atropelaram diversas pessoas, dentre estes PEDRO LUCAS; fato a ressaltar que o responsável pelo atropelamento foi LAUDISON, o qual estava com a moto com faróis apagados; a criança ficou desacordada, e somente recobrou a consciência no hospital; após todo este tempo houve um procedimento policial (BOC 026/2017 - Processo 201764002624), mas os autores negaram a informação acerca da placa das motocicletas, alegando que tinham pegado emprestadas e não sabiam o nome dos proprietários; diante deste fato e da gravidade das lesões, requer providências; acosta o prontuário n.º de PAA 661 172;

**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

Pedro Lucas Da Silveira Corrêa

CPF da Vítima

153.010.614-10

Data do Acidente

09-09-17

**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. 3º 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.

29 de 06 de 18

Local e Data

2Dionisio Alexonho da silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05 SET 2010  
JTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO - SERGIPE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - HOSPITAL DA CÂMARA DE CANINDÉ

DATA: 01/09/2017

Nº DO PAA: 681-172

FICHA DE PROTÓCOLO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE/PACIENTE

**PACIENTE**

Nome: Pedro Lucas da Silva Cores

Sexo: M Data do Nascimento: 05/08/1998

Endereço: Av. Alves Boaventura - Centro

Documento: RG Contato: \_\_\_\_\_

PSF de Referência: Jefferson

Assinatura do Recepcionista:  
Assinatura do Paciente:

**ACOMPANHANTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Assinatura do acompanhante:

DESCRÍÇÃO DO ATENDIMENTO

ANAMNÉSE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO

1. Histórico social: PT PT

2. Exame físico: PT PT

3. Diagnóstico: PT PT

4. Prognóstico: PT PT

5. Tratamento: PT PT

6. Observações: PT PT

7. Outros: PT PT

8. Assinatura do médico: PT PT

9. Assinatura do enfermeiro: PT PT

10. Assinatura do auxiliar de enfermagem: PT PT

11. Assinatura do administrador: PT PT

12. Assinatura do secretário: PT PT

13. Assinatura do diretor: PT PT

14. Assinatura do presidente: PT PT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Medicamentos: PT PT

2. Procedimentos: PT PT

3. Observações: PT PT

4. Assinatura do médico: PT PT

5. Assinatura do enfermeiro: PT PT

6. Assinatura do auxiliar de enfermagem: PT PT

7. Assinatura do administrador: PT PT

8. Assinatura do secretário: PT PT

9. Assinatura do diretor: PT PT

10. Assinatura do presidente: PT PT

11. Assinatura do diretor: PT PT

12. Assinatura do diretor: PT PT

13. Assinatura do diretor: PT PT

14. Assinatura do diretor: PT PT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SLOS, 02171 CASA A - SLOS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 45660000 (AO 430)

05 SET 2018

Emissão: 13/08/2018 Referência: Ago / 2018  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL BIFÁSICO  
Roteiro: 5-430-240-7391 N° medidor: E003349123

energisa  
ENERGISA SERGIPÉ-DISTRIBUÍDORA ENERGIA S/A  
Rua Min. Apolinário Sales, 81 - Instituto Barreiros  
Aracaju/SE - CEP: 49946-150  
CNPJ 13.017.462/0001-65 - Ins. Est. 270.767.436  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005.892.297  
Cód. para Débito Automático: 00069127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	13/08/2018	11/09/2018	200.036.780-0 msc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
12/07/18 6212	13/08/18 8279	1	55	32

**Demonstrativo**

CCI	Descrição	Quantidade	Tensão	Volt	Tensão	Alm	Imp/PE	Base	Fluxo	Consumo	Unidade
0601	Consumo em kWh	65.026	0,729490	48,06	48,06	26	12,01	48,06	6,47	2,15	
0601	Adc. B Vermelha			4,87	4,87	25	1,17	4,87	0,04	0,21	
0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	3,43		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604	JUROS DE MORA 07/2018	0,11		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0605	MULTA 07/2018	0,09		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0699	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,19		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

**LANÇAMENTOS E SERVIÇOS**

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 82,47 82,73 13,19 82,73 0,51 2,38

Média últimos meses (kWh) 70 VENCIMENTO 20/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,47

Histórico de Consumo (kWh)

71 | 72 | 83 | 83 | 74 | 83 | 87 | 92 | 29 | 84 | 70 | 58  
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO AO USO:

5081.68ba.7864.de0a.744e.d8a5.242d.172d.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0IC MENSAL	0,19	0,28	Serviços de Dist. da Energisa/SE	12,48	19,98
0IC TRIMESTRAL	12,30	NOMINAL	Compra de Energia	19,48	31,16
0IC ANUAL	24,80	1,00	Serviço de Transporte	1,79	2,87
0IG MENSAL	3,42	CONTRATADA	Encargos Fiscais	2,93	4,69
0IG TRIMESTRAL	6,85	LÍMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	25,72	41,28
0IG ANUAL	13,70	LÍMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
0MC	3,83	0,28	Total	82,47	100,00
0ICB	12,22				

Valor do BCU (Ref. 6/2018) R\$ 18,86

ATENÇÃO

Faturas em atraso

SERVIÇO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Roteiro: 54630-340-7391	Matrícula: 912787-2018-08-2	20/08/2018	R\$ 62,47
83690000000-8 62470049000-3 09127872018-9 08200430019-8			

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 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 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 José Francisco Deo . Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dusma Glaucondra Da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.184.985 / 19, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Pedro Lucas Da Silveira Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.010.614 / 18, 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>Rua Dos Salvo</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Conjunto</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosduarte19@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>61</u>	Telefone celular (DDD)	<u>61</u>
			<u>9.9918-9207</u>		<u>9.99252568</u>

N. Sra Da Glória, 29 de 06 de 18  
 Local e Data

Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO - SERGIPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - HOSPITAL HAYDÉE DE CARVALHO LEITE DOS SANTOS

DATA: 09/02/2017

## FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº DO PAA: 681-172

## IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE/PACIENTE

## PACIENTE

Nome: Pedro Lucas da Silva Gomes

Nome:

Sexo: MData do Nascimento: 10/08/2008Hora de admissão: 23:40Endereço: Av. Aldeia Bonita - Centro

Profissão:

Documento:

Contato:

Documentos:

Contato:

ACS:

Assinatura e Carimbo do Repcionista

Assinatura do Paciente

## ACOMPANHANTE

Nome: Ricardo Alexandre da Silva

Assinatura do acompanhante

## ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

O paciente é um homem de 15 anos de idade, com 1,60 m de altura, peso 60kg, ótimo estado de saúde, com 4/3 (78%) de massa muscular. Exames: hemograma e urina.

O paciente é um homem de 15 anos de idade, com 1,60 m de altura, peso 60kg, ótimo estado de saúde, com 4/3 (78%) de massa muscular. Exames: hemograma e urina.

## DESCRICAÇÃO DO ATENDIMENTO

## **DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ( ) Consulta Médica                               | 2.( ) Aplicação de medicamentos           | 3.( ) Exame laboratorial                   |
| ( ) Raio X uma incidência                         | 5.( ) Raio X mais de uma incidência       | 6.( ) Cirurgia ambulatorial                |
| ( ) Calha Gessada                                 | 8.( ) Aparelho gessado de membro superior | 9.( ) Aparelho gessado de membro inf/tórax |
| procedimentos realizados: ( )+( )+( )+( )+( )+( ) |   | Código do porte:                           |

Código do porte:

ENCAMINHAMENTO

Residência     Ambulatório     Internação     Transferência (Destino: \_\_\_\_\_)

EVALUATION OF ENFERMAGEM

08 FEV 2018

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Pessoal mas de ferro am

Pain e, o > vitimade

acidente automobilista o

Tran em pue (e)

C fute ab fair (e)

onbetele c tratam camada

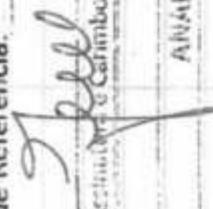
a considerar

ag. 582-2

Dr. Rafael Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Mat BA 23472 CRM-SE #702  
TEOT 15633

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone (79) 3432-9200

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE/PACIENTE

PACIENTE		ACOMPANHANTE	
Nome: <u>Pedro Lucas do Silveira Cores</u> Sexo: <u>M</u> Data do Nascimento: <u>18/08/1990</u> Hora de admissão: <u>11:30</u> Endereço: <u>Rua Aldeia Santeiro - Laranjeiras</u> Documento: _____ PSF de Referência: _____ ACS: _____		Nome: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Documento: _____ Contato: _____	
 Assinatura do Paciente		 Assinatura do Acompanhante	
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<u>1º - Pediogramas em raios X</u> <u>Não existem lesões ósseas, mas, no lado direito, observa-se um desvaneço da ossificação central.</u> <u>Na parte inferior da coluna, observa-se overteiro.</u>		<u>Orceftan - 1,5 g - 30 dias</u> <u>Exames complementares:</u> <u>Ultrassonografia abdominal (exames de rotina)</u> <u>Exames de sangue</u> <u>Exames de urina</u>	
<u>Lançamento de Dr. Alcides Neto</u> <u>Dr. Alcides Neto</u>			
Até que sejam realizados os exames complementares, é recomendado que o paciente permaneça em repouso e evite exercícios intensivos. Se houver febre ou dor intensa, deve-se procurar atendimento médico. Se houver sangramento, deve-se procurar atendimento médico.			

## **DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO**

- 1.( ) Consulta Médica      2.( ) Aplicação de medicamentos      3.( ) Exame laboratorial  
 4.( ) Raio X uma incidência      5.( ) Raio X mais de uma incidência      6.( ) Cirurgia ambulatorial  
 7.( ) Calha Gessoada      8.( ) Aparelho gessado de membro superior      9.( ) Aparelho gessado de membro inf/tórax

ENCAMINHAMENTO

( ) Residência ( ) Ambulatório ( ) Internação ( ) Transferência (Destino:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



ESTADO DE SERGIPE  
MUNICÍPIO DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Referência:

HOSPITAL ASSISTENCIAL ISABELINA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL HAYDÉE DE CARVALHO LEITE SANTOS

Nome:

PEDRO FERREIRA SENA GOMES

Dados Clínicos:

Pedro Ferreira Senna Gomes  
Ano nasc.: 1980  
Data nasc.: 01/01/1980

Encaminhamento à clínica \_\_\_\_\_

Data 05 / 03 / 23

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto  
Clínica Móbile  
Santos

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto  
Clínica Móbile  
Santos

Assinatura e carimbo

08 FEV 2018



**REGISTROS CIVIS - 2º Ofício da Comarca de Poço Redondo**  
Av. Poço Redondo, 983

LADY DAYANE NUNES DO PRADO

POÇO REDONDO-SE

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO n.º 24811  
Livro n.º A - 37 Folha n.º 19**

Certifico e dou fé que se acha registrado neste Ofício, no livro de Registro de Nascimento A-37 sob número 24811, folha 19, o assento de nascimento de **PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES**, nascido(a) no dia **vinte e nove (29) do mês de Junho (06)** do ano de **dois mil e oito (2008)**, HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE, às 06 hora(s) e 50 minuto(s), do sexo MASCULINO, sendo filho(a) de **EDIVALDO GOMES DOS SANTOS**, natural de POCO REDONDO-SE e de **DIANA ALEXANDRE DA SILVA**, natural de NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE. É avó paterna: **MARIA GOMES DOS SANTOS** e avós maternos **ADALBERTO ALEXANDRE DA SILVA** e **MARIA DE LOURDES ALEXANDRE**. Tendo sido declarante **EDIVALDO GOMES DOS SANTOS**. Foram testemunhas: **DISPENSADAS, NA FORMA DA LEI**. O assento foi lavrado em 06 de Novembro de 2008. O referido é verdade e dou fé.

Poço Redondo, SE, 06 de Novembro de 2008.

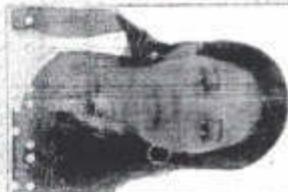
Lady Dayane Nunes do Prado  
LADY DAYANE NUNES DO PRADO  
OFICIALA TITULAR

Bela. Lady Dayane Nunes do Prado

Oficiala Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO SÉCULO  
MINISTÉRIO DA CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS  
INSTITUTO DE ESTADUAL CARLOS MENÉZES



Diana Alexandre da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE N.

2.592.807

2.VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO

02/09/2011

NOME:

DIANA ALEXANDRE DA SILVA

FILIAÇÃO:

ADALBERTO ALEXANDRE DA SILVA

MARIA DE LOURDES ALEXANDRE

NATURALIDADE:

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE

DOC. ORIGEM:

CT. NASCIMENTO NR 6938 LV A-16 FL 108

CNPJ:

CART. DIST. COM. CANINDE DO SÃO FRANCISCO/SE

055.184.985-19 EVERETT FEITREIRA DA SILVA

INSTITUTO CARLOS MENÉZES

LEI N° 7.118 DE 29/01/1983

DATA DE NASCIMENTO

31/05/1991

O nome do impresso é intintável.  
Este documento é emitido com um documento de identidade.

Emissão  
NOV/2008

CORREIOS  
[www.correios.com.br](http://www.correios.com.br)



08 FEV 2018

05 SET 2018



**REGISTROS CIVIS - 2º Ofício da Comarca de Poço Redondo**  
Av. Poço redondo, 983

LADY DAYANE NUNES DO PRADO

POÇO REDONDO-SE

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO n.º 24811  
Livro n.º A - 37 Folha n.º 19**

Certifico e dou fé que se acha registrado neste Ofício, no livro de Registro de Nascimento A-37 sob número 24811, folha 19, o assento de nascimento de **PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES**, nascido(a) no dia **vinte e nove (29) do mês de Junho (06)** do ano de **dois mil e oito (2008)**, HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE, às 06 hora(s) e 50 minuto(s), do sexo MASCULINO, sendo filho(a) de **EDIVALDO GOMES DOS SANTOS**, natural de **POÇO REDONDO-SE** e de **DIANA ALEXANDRE DA SILVA**, natural de **NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE**. É avô paterna: **MARIA GOMES DOS SANTOS** e avós maternos **ADALBERTO ALEXANDRE DA SILVA** e **MARIA DE LOURDES ALEXANDRE**. Tendo sido declarante **EDIVALDO GOMES DOS SANTOS**. Foram testemunhas: **DISPENSADAS**, na forma da lei. O assento foi lavrado em 06 de Novembro de 2008. O referido é verdade e dou fé.

Poço Redondo, SE, 06 de Novembro de 2008.

Lady Dayane Nunes do Prado  
LADY DAYANE NUNES DO PRADO  
OFICIALA TITULAR  
*Bela, Lady Dayane Nunes do Prado*  
Oficiala Titular



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**153.010.614-10**

Nome  
**PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES**

Nascimento  
29/06/2008

CÓDIGO DE CONTROLE

5769.1AC6.65B8.FAF2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 13:08:20 do dia 16/02/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05 SET 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410232      **Cidade:** Canindé de São Francisco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410232      **Cidade:** Canindé de São Francisco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>		<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>	

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Diana Alexandra da Silveira ( nacionalidade ) Brasileira ( profissão ) vendedora, portador da cédula de identidade RG nº 2.592.807, emitido pela SSP / (UF) SC, inscrito sob o CPF nº 055.184.985-19, residente na ( endereço completo ) Apartamento Agrônomo Teradentes, na cidade de Canindé de São Francisco, ( UF ) SC, CEP 49820-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) José Marcos da Rosa ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 01233809, emitido pela SSP / (UF) SC, inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na ( endereço completo ) Rua das Sílvas nº: 017, na cidade de J. Zenóbio, ( UF ) SE, CEP 49680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Pedro Lucas da Silva Bentes junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Blumenau, 29 de Junho de 2018



( assinatura ) Diana Alexandra da Silveira

( RG ) 2.592.807

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA  
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**

Rua Estêvão Vieira de Mello, 20  
Centro - Ribeirão Preto - São Paulo - CEP 14048-000 - Fone: 79 3411.1303  
E-mail: [Estre-Subjor@tpje.jus.br](mailto:Estre-Subjor@tpje.jus.br)

**RECONHECIMENTO nº 0211**

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de: (1)DIANA ALEXANDRE DA SILVA Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de junho de 2018. Daí fe

Emoluments. P. 8.50

[www.ijahs.org](http://www.ijahs.org)

INE GRASIELLE SANTANA GOMES - Escrivane  
PRAIA VERDE - 361828674214440

Seite 1 von 1 | Druckdatum: 2018-07-14 14:26

Access: [www.tjeet.us/bnf/BLMGSC](http://www.tjeet.us/bnf/BLMGSC)

65 SFT 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325215/18

**Vítima:** PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 153.010.614-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/09/2017

**Titular do CPF:** PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

### DIANA ALEXANDRE DA SILVA : 055.184.985-19

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES : 153.010.614-10

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2018  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018  
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA  
CPF: 011.995.625-05

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA