



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO
Praça. Padre Cícero, Bairro Centro, Canindé de São Francisco/SE, CEP 49820000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202064001089
Número Único: 0001069-57.2020.8.25.0014
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 26/06/2020
Competência: Canindé de São Francisco
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
 - DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: PEDRO LUCAS DA SILVA GOMES (Rep. DIANA ALEXANDRE DA SILVA)

Endereço: ASSENTAMENTO AGROVILA TIRADENTES

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CANINDE DE SAO FRANCISCO - Estado: SF - CEP: 49820000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGUROADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S A

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Complemento 3

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO
Praça. Padre Cícero, Bairro Centro, Canindé de São Francisco/SE, CEP 49820000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO
Praça. Padre Cícero, Bairro Centro, Canindé de São Francisco/SE, CEP 49820000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202064001089

DATA:

01/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200831114902175 às 11:49 em 31/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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

BRADESCO111201805000000000237021770000001036594500 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

Carta nº 13332455



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 DIAVA ALEXANDRE DA SILVA	CPF titular da conta 055.184.985-19	Profissão DOZAR
Endereço ASSENT- AGROVILA TIRADENTES	Número —	Complemento CASA
Bairro AREA RURAL	Cidade CAMIMOG	Estado SE
Email	CEP 49.820.000	Telefone (DDD) 79.9980-9432

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. 2177-6	D/V 6	CONTA NRO. 0010365	D/V 9
----------------------------------	-----------------	---------------------------------	-----------------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
---------------	------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
-----------------	-----	---------------	-----

(Informar dígito se existir)

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

CAMIMOG/SE/05 de 02 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



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 (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
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
Diana Aluomendro da Silva	055.184.985-19	Januadora
Endereço	Número	Complemento
Avs Agrôcola	511	Sala
Bairro	Cidade	Estado
Zona rural	Comunh. 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)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2177** D/V **6** CONTA NRO. **30365** D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

ACONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.

(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.

29 de 06 de 18

Local e Data

Diana Aluomendro 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: (0 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: (0 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 GLÓRIA 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 GLÓRIA 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 Do Nascimento

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 disconcorde do seu conteúdo.

29 de outubro de 2018

Local e Data

Dionísio Alexandre da Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IDENTIFICAÇÃO DO ACCOMPANHANTE/PACIENTE

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 02171 CASA A - SÍLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / 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 DE ENERGIA S.A.
Rua Min. Apolônio Bailes, 81 - Instituto Baixos
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 Déb. 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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
12/07/18	8212	13/08/18	8279	1 35 32
Demonstrativo				
CCI - Código de Classificação do Item				
0801 Consumo em kWh	65.026 0.729490	48,26 48,06 26	12,01 48,06 6,47	2,15
0801 Adc. B Vermelha		4,87 4,87 25	1,17 4,87	0,04 2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	3,43 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2018	0,11 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0805 MULTA 07/2018	0,09 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0899 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,19 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00

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

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

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\$)	%
0,15	0,26	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/SE	12,48	19,98
12,30		127	Compra de Energia	19,48	31,16
24,80			Serviço de Transportação	1,79	2,87
3,42	1,00	CONTRATADA	Encargos Fiscais	2,93	4,69
6,85		LÍMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	25,72	41,28
12,70		117	Outros Serviços	0,00	0,00
3,82	0,26	LÍMITE SUPERIOR	Total	82,47	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso

SERVIÇO	VENCIMENTO 20/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 62,47
Rotativo 54630-340-7391 Matrícula: 912787-2018-08-2		



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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Francisco de o. 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 Sinos</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Conjunto</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N.Sra Da Cunha</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosduarte19@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918-9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99252568</u>

N.Sra Da Cunha, 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 GomesSexo: M Data do Nascimento: 10/08/2008 Hora de admissão: 23:40Endereço: Av. Alcez Boutez - CentroDocumento: RGSF de Referência: Contato: ACS: Assinatura e Carimbo do Repcionista 

Assinatura do Paciente

ACOMPANHANTE

Nome: Profissão: Endereço: Documento: Contato: ACS: Assinatura do acompanhante 

ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 Diclofenaco 1,0 - 100 mg x 10 dias, para dor muscular, dor muscular. 01 Rx de para dormir em 2 p 01 Dose: 600mg x 1 vez/dia e ondas.



DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	
p. 14) Consulta Médica	2.() Aplicação de medicamentos
() Raio X uma incidência	5.() Raio X mais de uma incidência
() Calha Gessada	8.() Aparelho gessado de membro superior
procedimentos realizados: ()+()+()+()+()+()	3.() Exame laboratorial 6.() Cirurgia ambulatorial 9.() Aparelho gessado de membro inf/tórax
	Código do porte:

ENCAMINHAMENTO

Residência Ambulatório Internação Transferência (Destino: _____)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORÁRIO	DESCRIÇÃO
19.09.14	11:40	exames (apresentado) digo: resultados de exames de sangue feitos para verificação de anemia e deformidades ósseas. Fiz exames de sangue e urina biligosa e fa. Transferido para serv. de oftalmologia de São Paulo.

08 FEV 2018



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Dois dias de feria am

Paiu 8, 07 17 made

acidente automóvel o

Tran em pue (e)

C ferme ab fair (e)

onbetele c trattos campa

a consideraç

ag. 582-2

Dr. Rafael Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Mat BA 23472 CRM-SE 4702
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 da Silva Cores</u> Sexo: <u>M</u> Data do Nascimento: <u>18/08/1998</u> Hora de admissão: <u>11:10</u> Endereço: <u>Av. Jóquei São Paulo - Travessa</u> Documento: _____ PSF de Referência: <u>Dr. Alvaro Alvorado da Silva</u> ACS: <u>Thiago</u> Atendente e Câmbio do Recepçãoista: <u>Thiago</u>		Nome: _____ Profissão: _____ Data: _____ Endereço: _____ Documento: _____ Contato: _____ Assinatura do acompanhante: <u>Thiago Alvorado da Silva</u> <small>Assinatura do paciente</small>	
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<u>10 - PTO de dor no abdômen</u> <u>Mais visão de náuseas e vômitos</u> <u>Sintomas: dor no abdômen (100%) 06</u> <u>anam 600mls. (200mls) 6.000mls.</u>		<u>01 - Diarréa - 4,5 l - 1000g - 1:30</u> <u>02 - Náuseas e vômitos observados 01</u> <u>03 - Dor abdominal</u> <u>04 - Dor no abdômen</u> <u>05 - Dor no abdômen</u> <u>06 - Dor no abdômen</u> <u>07 - Dor no abdômen</u> <u>08 - Dor no abdômen</u> <u>09 - Dor no abdômen</u> <u>10 - Dor no abdômen</u> <u>11 - Dor no abdômen</u> <u>12 - Dor no abdômen</u> <u>13 - Dor no abdômen</u> <u>14 - Dor no abdômen</u> <u>15 - Dor no abdômen</u> <u>16 - Dor no abdômen</u> <u>17 - Dor no abdômen</u> <u>18 - Dor no abdômen</u> <u>19 - Dor no abdômen</u> <u>20 - Dor no abdômen</u> <u>21 - Dor no abdômen</u> <u>22 - Dor no abdômen</u> <u>23 - Dor no abdômen</u> <u>24 - Dor no abdômen</u> <u>25 - Dor no abdômen</u> <u>26 - Dor no abdômen</u> <u>27 - Dor no abdômen</u> <u>28 - Dor no abdômen</u> <u>29 - Dor no abdômen</u> <u>30 - Dor no abdômen</u> <u>31 - Dor no abdômen</u> <u>32 - Dor no abdômen</u> <u>33 - Dor no abdômen</u> <u>34 - Dor no abdômen</u> <u>35 - Dor no abdômen</u> <u>36 - Dor no abdômen</u> <u>37 - Dor no abdômen</u> <u>38 - Dor no abdômen</u> <u>39 - Dor no abdômen</u> <u>40 - Dor no abdômen</u> <u>41 - Dor no abdômen</u> <u>42 - Dor no abdômen</u> <u>43 - Dor no abdômen</u> <u>44 - Dor no abdômen</u> <u>45 - Dor no abdômen</u> <u>46 - Dor no abdômen</u> <u>47 - Dor no abdômen</u> <u>48 - Dor no abdômen</u> <u>49 - Dor no abdômen</u> <u>50 - Dor no abdômen</u> <u>51 - Dor no abdômen</u> <u>52 - Dor no abdômen</u> <u>53 - Dor no abdômen</u> <u>54 - Dor no abdômen</u> <u>55 - Dor no abdômen</u> <u>56 - Dor no abdômen</u> <u>57 - Dor no abdômen</u> <u>58 - Dor no abdômen</u> <u>59 - Dor no abdômen</u> <u>60 - Dor no abdômen</u> <u>61 - Dor no abdômen</u> <u>62 - Dor no abdômen</u> <u>63 - Dor no abdômen</u> <u>64 - Dor no abdômen</u> <u>65 - Dor no abdômen</u> <u>66 - Dor no abdômen</u> <u>67 - Dor no abdômen</u> <u>68 - Dor no abdômen</u> <u>69 - Dor no abdômen</u> <u>70 - Dor no abdômen</u> <u>71 - Dor no abdômen</u> <u>72 - Dor no abdômen</u> <u>73 - Dor no abdômen</u> <u>74 - Dor no abdômen</u> <u>75 - Dor no abdômen</u> <u>76 - Dor no abdômen</u> <u>77 - Dor no abdômen</u> <u>78 - Dor no abdômen</u> <u>79 - Dor no abdômen</u> <u>80 - Dor no abdômen</u> <u>81 - Dor no abdômen</u> <u>82 - Dor no abdômen</u> <u>83 - Dor no abdômen</u> <u>84 - Dor no abdômen</u> <u>85 - Dor no abdômen</u> <u>86 - Dor no abdômen</u> <u>87 - Dor no abdômen</u> <u>88 - Dor no abdômen</u> <u>89 - Dor no abdômen</u> <u>90 - Dor no abdômen</u> <u>91 - Dor no abdômen</u> <u>92 - Dor no abdômen</u> <u>93 - Dor no abdômen</u> <u>94 - Dor no abdômen</u> <u>95 - Dor no abdômen</u> <u>96 - Dor no abdômen</u> <u>97 - Dor no abdômen</u> <u>98 - Dor no abdômen</u> <u>99 - Dor no abdômen</u> <u>100 - Dor no abdômen</u>	
Prescrição: <u>Caracol de carne moída (200g)</u> Dr. Alvaro Alvorado da Silva			
1. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 2. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 3. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 4. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 5. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 6. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 7. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 8. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 9. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 10. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 11. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 12. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 13. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 14. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 15. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 16. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 17. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 18. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 19. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 20. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 21. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 22. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 23. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 24. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 25. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 26. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 27. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 28. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 29. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 30. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 31. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 32. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 33. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 34. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 35. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 36. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 37. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 38. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 39. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 40. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 41. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 42. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 43. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 44. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 45. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 46. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 47. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 48. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 49. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 50. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 51. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 52. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 53. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 54. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 55. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 56. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 57. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 58. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 59. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 60. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 61. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 62. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 63. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 64. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 65. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 66. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 67. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 68. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 69. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 70. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 71. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 72. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 73. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 74. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 75. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 76. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 77. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 78. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 79. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 80. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 81. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 82. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 83. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 84. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 85. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 86. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 87. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 88. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 89. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 90. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 91. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 92. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 93. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 94. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 95. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 96. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 97. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 98. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 99. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u> 100. <input type="checkbox"/> <u>Caracol de carne moída</u>			

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

o. 17	() 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 SENA GOMES
Ano nasc: 1960
Data nasc: 1960-01-01
Sexo: Masculino

Encaminhamento à clínica _____

Data 05/03/23

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto
Cirurgião-Dentista
CRM: 2465

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto
Cirurgião-Dentista
CRM: 2465

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 **POÇO 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.

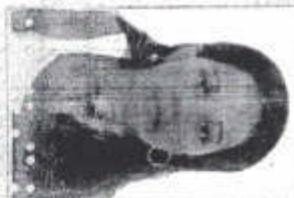
Poço Redondo, SE, 06 de Novembro de 2008.

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

Bela. Lady Dayane Nunes do Prado

Oficiala Titular

ESTADO DO SÉCULO
ESTADO DA CÁSICA IRMAMATICA
E CONHECIMENTO, LERAS DE FÍSICAS
INSTITUTO DE ENSINO MÁRIO M. CARLOS MENEZES



Diana Alexandre da Silva
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 DE FREITAS DA SILVA

INSTITUTO DE DIREITOS HUMANOS

PREF.

LEI N° 7.118 DE 29/01/1983

CART. DE IDENTIDADE

O nome do impresso é intintável.
O preenchido é feito com um documento de identidade.

Emissão
NOV/2008

CORREIOS
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 avôs 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



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
		Total	7 %	R\$ 945,00

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
		Total	7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

**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) Assentamento Agrônomo Teradentes, na cidade de Canindé de São Francisco, (UF) SC, CEP 49820-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Jose 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. S. da C. de Blumenau, (UF) SC, 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 Silveira, 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)

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 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