



**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	Distribuição: 26/06/2020
Número Único: 0001069-57.2020.8.25.0014	Competência: Canindé de São Francisco
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**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: SE - CEP: 49820000  
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: Rua Senador Dantas  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
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 Apensados:**

--

**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

BRADESCO011120180500000000002370217700000001036594500 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



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 DIAVA ALEXANDRE DA SILVA		CPF titular da conta 055.184.985-19	Profissão DOUTOR
Endereço ASSENT: AGROVILA TIRADENTES		Número -	Complemento CASA
Bairro AREA RURAL	Cidade CAMINDE	Estado SE	CEP 49.820-000
Email			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

- ☒ RECURSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

277-6

6

0010365

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.

CAMINDE/SE.05 de 02 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


**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

133.010.614-10

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 Alexandre Da Silva		055.184.985-19		laranadeira
Endereço		Número	Complemento	
R. Agrolula		51N	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Zona rural	Comunidade D.S. Francisco	SE	49.820-000	
Email				Telefone (DDD)
marcosdelfaria@gmail.com				19.9918-9207

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**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ 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. Sr. ou Sr.ª Da Silva, 29 de 06 de 18  
 Local e Data

Diana Alexandre 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 PUBLICA 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 cútis: 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 cútis: 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:

*Diana Alexandre da Silva*

**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 Rodovia 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;



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 Silva Gomes

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.

N.º 50 da Avenida 29 de 06 de 18  
Local e Data

Adriana Alexandre da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**energisa**  
ENERGISA SERGIPE- DISTRIB. ENERGIA SA.  
Rua N. A. Aguiar Sales, 81 - Jd. do Estreito  
Aracaju/SE - CEP 45040-150  
CNPJ 13.017.482/0001-83 - Insc. Est. 270.787.426  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº005.932.287  
Cód. para Deb. Automático: 00009127879

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 João Marcos de O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Durval Alexandre da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 065.184.985 / 19 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima  
Pedro Lucas da Silva 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 Saneiros</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Exterior</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra. da Luzia</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosduferio@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99252568</u>

N. Sra. da Luzia, 29 de 06 de 18  
Local e Data

João Marcos de O. Rosa  
Assinatura do Declarante



08 FEV 2018

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

DATA 08/09/2017

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº DO PAA: 681.172

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE/PACIENTE

PACIENTE

Nome: Pedro Lucas do Silva Soares

Sexo: M Data do Nascimento: 18/08/2008 Hora de admissão: 21:40

Endereço: Ass. Alex Soares - Teresopolis

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

SF de Referência: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Recepcionista: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE

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

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

Assinatura do acompanhante: Ricardo Alexandre da Silva

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO

Id. - Apresentação em norma  
Mecan visualiza os sinais vitais, normais  
Sinais vitais normais, normais  
em bom estado. Condições e sintomas.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescrição Médica: 1.0.2 - Injeção 1:50  
1.2.2 - Injeção 1:50

## D.

1.

2

## 1

1

## 1

1

1

9

08 FEV 2018



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Paciente Luis de Freitas

Paciente com UTI de

acidente automobilístico

Trauma em punho

com fratura de rádio

distal e tratamento cirúrgico

com consolidação

ag. 502-2

Dr. Rafael Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 4707  
TEOT 1563

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Ilhéus-BA - Fone (79) 3432-9200



DATA 08/08/2017

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº DO PAA: 001-172

## IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE/PACIENTE

## PACIENTE

Nome: Pedro Lucas da Silva Soares

Sexo: M Data do Nascimento: 08/08/88 Hora de admissão: 21:40

Endereço: Av. Alvaro Bentes - Tiradentes

Documento: Contato: ACS:

PSF de Referência: ACS:

Assinatura e Carimbo do Recepcionista

Assinatura do Paciente

## ACOMPANHANTE

Nome:

Profissão:

Data:

Endereço:

Documento:

Contato:

Ricardo Alexandre da Silva  
Assinatura do acompanhante

## DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

## ANAMNESE/EXAME FÍSICO/DIAGNÓSTICO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Tratamento em uso  
Não há uso de medicamentos, mas  
sempre como é em 01/13 (meses) de  
uma boa dose. Condições e sintomas.

Prescrição Médica  
08/08/18 - 0,5 L - 100 mg, 1:30  
0,25 de cada 8 horas ou 2 p

Dr. Almino Tavares de Almeida Neto  
Assinatura Médica

## DESCRIPÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

p. 17

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

Procedimentos realizados: ( )+( )+( )+( )+( )	Código do porte:
---	------------------

## ENCAMINHAMENTO

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

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]



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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Referência:

1100 P. 501 Assessoria dos ISABIANNA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL HAYDÉE DE CARVALHO LEITE SANTOS

Nome:

PELOSO LUCAS DA SILVA CORREA

Dados Clínicos:

Paciente com queixa de dor no  
abdômen, náuseas, vômitos, febre (38,5°C)  
diagnosticado com gastroenterite.

Encaminhamento à clínica

ON 20/05/2014

Data 09/03/23

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto  
Clínica Médica  
Canindé

Dr. Albino Tavares de Almeida Neto  
Clínica Médica  
Canindé

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 GLORIA-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 GLORIA-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 DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO SERGIENSE DE IDENTIFICAÇÃO "DEUS CARLOS MENDES"



*Diana Alexandre da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 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 DATA DE NASCIMENTO 31/05/1991

DOC ORDEM CT. NASCIMENTO NR 6938 LV A-16 FL 108

CT CART. DIST. COM. CAMINHO DO SÃO FRANCISCO/SE

FILIAÇÃO 055.184.985-19 EVERETT FERREIRA DA SILVA

LEI Nº 7.116 DE 29/04/85

Cartão de identificação e identificação

Este cartão deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão NOV/2008

 **CORREIOS**

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 055.184.985-19

Nome DIANA ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento 31/05/1991

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 GLORIA-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 GLORIA-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

 **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 ANÁLISE 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

**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 ANÁLISE 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 MENDONÇA

**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 Silva  
( nacionalidade ) Brasileira ( profissão ) farmacêutica, 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 Agrícola Teradentes, na cidade de  
Parim de São Francisco ( UF ) SC, CEP 49822-000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Marcos da Rora  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) consultor, portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SC,  
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na ( endereço  
completo ) Rua dos Silos n: 217, na cidade de  
J. S. da Glória ( 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 Silva Gomes  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Glória; 29 de Junho de 2018

( assinatura ) Diana Alexandra da Silva

( RG ) 2.592.807

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

05 SET 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular eu (nome completo) Diana Alexandre da Silva (nacionalidade) brasileira (profissão) advogada portadora da cédula de identidade RG nº 3.243.803, emitida pela SSP / UF SE, inscrita sob o CPF nº 023.481.125-19, residente na (endereço completo) Av. Tancreto de Almeida Filho, nº 130, Jd. São Luiz, CEP 49.000-000, município de Nossa Senhora da Glória, SE, nomeio e constituio meu procurador (nome do representante) Anne Grasielle Santana Gomes (nacionalidade) brasileira (profissão) advogada portadora da cédula de identidade RG nº 013.333.333, emitida pela SSP / UF SE, inscrita sob o CPF nº 030.003.030-00, residente na (endereço completo) Av. Tancreto de Almeida Filho, nº 130, Jd. São Luiz, CEP 49.000-000, município de Nossa Senhora da Glória, SE, 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) Leandro de Jesus da Silva junto à SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.

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

(assinatura) Anne Grasielle Santana Gomes

(RG) 3.243.803

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](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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA