

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIVALDO MOREIRA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04874

CONTA: 000000008564-8

Nr. da Autenticação 1D7A1FE4FA6B1829

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180353470 **Cidade:** Cristinápolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO MOREIRA GUIMARAES **Data do acidente:** 11/10/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA OSSOS ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO ANTEBRAÇO DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nivaldo Moreira Guimarães,

RG nº 622981, data de expedição 01/02/07, Órgão SSP/SE,

CPF nº 038.240.295-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Poss. Agua Branca de Lima III RUI</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>base</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Christinápolis</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.270.000</u>
Telefone de Contato	<u>(25) 9 9889-2402 / (79) 99834-0820.</u>
E-mail	<u>contato.pobloalivre@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Real BA 24/07/18.

Assinatura do Declarante:

Nivaldo Moreira Guimarães

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério de 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 Pablo Rodrigo de Oliveira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.215.465 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nivaldo Moreira Guimarães inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.240.295 / 29 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nivaldo Moreira Guimarães, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.240.295 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: nego - me Renda: nego - me 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 São Paulo</u>		Número <u>143</u>	Complemento
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Rio Real</u>	Estado <u>BAHIA</u>	CEP <u>48.330.000</u>
Email <u>contato.pablooliveira@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(75) 99889-2402</u>

RIO REAL, 24 de Julho de 2018
Local e Data

Pablo Rodrigo de Oliveira Souza
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Andrade Dantas,
RG nº 3.128.237-7, data de expedição 29/04/2014
Órgão SSP-SE, portador do CPF nº 043.440.105-66, com
domicílio na cidade de TOCANTIN DO PARÁ, no Estado de
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ACANTAMENTO 27 DE ABRIL, nº 205,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Nivalde Meloira Guimarães, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 125 FAN ES
Ano: 2009/2010
Placa: IAT-2447
Chassi: GC2JC4120AR005892
Data do Acidente: 11/01/2017
Local e Data: Rio Real BA 24/07/2018

Sandra Andrade Dantas
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

“VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE”

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Tomada de Gerú -
24/07/2018 - 09:08:39
Selo TJSE: 201829637002342
Acesse: www.tjse.jus.br/x/833GY3



JUCIMARA GUIMARÃES REIS
Escritor(a) autorizada

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Nivaldo Moura Guimarães
DATA DA ENTRADA: 11/10/17
DATA DA SAÍDA: 13/10/17

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de moto com
fratura de ossos do antebraço direito
(esqueto) sendo operado em 11/10/17
fixados com placa + parafusos sem qu-
tebrar sem intercorrências. Receber alta
em 13/10/17 por curatelas.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Desenho do osso

EXAMES COMPLEMENTARES:

hemograma
radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr.º Paulo Salotti CRM 4451

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 22 de março de 2018

Wanderlândia

Dr.º Wanderlândia Diniz
Intensivista / Clínico Médico
CRM/SE 3506

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

RL-2

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1611216
CNS: .

DATA: 11/10/2017
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 08:37

USUARIO: VDMSANTQS

~~Eaturado~~
PS - Autho

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : NIVALDO MOREIRA GUIMARAES
IDADE.....: 57 ANOS NASC: 21/10/1960
ENDERECO.....: POV AGUA BRANCA
COMPLEMENTO....: 705601414740816 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: CRISTINAPOLIS UF:
NOME PAI/MAE...: JOSE MOREIRA FILHO /ANA J
RESPONSAVEL....: SOBRINHO CARLISON
PROCEDENCIA....: CRISTINAPOLIS
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: 622981
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:

CEP...: -
GUIMARAES
TEL...: 99989490

TRAUMA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: " / /

Poumme tropico julio 89 en protocolo interno van
oikismo de molo, queda, pte TCE. Con queros nel lola
en MS Dicho. MB, C, A = β -t = Puma se suchizocob
en MS. Andan mono, flocido, sudong

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

①: Soluto de ox de Biop + antimo +
urea 2%

① Also no simple graph

⑤ AN. AD. AUTOBIOGRAPHY.

Dr. Irina E. S. Alves
CPM 4281
Cirurgia Geral

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PAT.

Moniram B. Senter

Music

~~DETOUR~~ 5th Year for OSTEON on 10:30
10:30 KONT
10:30 KONT

- 10:30

- S. P. 1 2 9 90 500000 2001 10:30 10:30

- COPIES 1 200000 2001 10:30 10:30

- COPIES 1 200000 2001 10:30 10:30

- COPIES 1 200000 2001 10:30 10:30

- COPIES 1 200000 2001 10:30 10:30

- COPIES 1 200000 2001 10:30 10:30

Orlando Ferreira Alves
Osteopata e Terapeuta
CNPJ - 000.000.000.000

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 133804
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: NIVALDO MOREIRA GUIMARAES
Documento.....: 622981 Tipo :
Data de Nascimento: 21/10/1960 Idade: 57 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE MOREIRA FILHO
Nome da Mae.....: ANA JOSEFA GUIMARAES
Endereco.....: POV AGUA BRANCA 160677412460018
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 00000-000
Telefone.....: 998766646
Município.....: 2801702 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

Sem nota Escal

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1611216
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0398
Data da Internacao: 11/10/2017
Hora da Internacao: 11:06
Medico Solicitante: 388.866.345-87 - ORLANDO FERREIRA ALVES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

DATA: 12/10/19 21

NOME: Nelson M. Jensen

GÊNERO: _____ IDADE: _____

DIAGNÓSTICOS: Frieira da cabeça (2)

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE	
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12h	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	
	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
18	18 ALTA DO HOSPITAL	
19		
20		
21	<i>Para anal...</i>	
22		
23		
24	<i>W. Rosa</i>	
25		
26		
27		
28		

A. CAINEYD | C. DRE

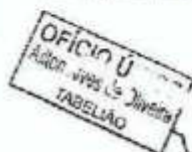
RECEBIDO

PROCURAÇÃO

Por este instrumento particular de procuração, Nivaldo Moreira Guimarães, NACIONALIDADE Brasileiro, ESTADO CIVIL Solteiro, PROFISSÃO leitorador, portador da Cédula de Identidade RG: 6.229.81, e inscrito no CPF: 038.240.295-29, residente e domiciliado (a) na: Rua. Agua Branca de Lima III T. 120 - Zona Rural - Cristino, polis ISE CEP: 49.270.000.

nomeia e constitui seu procurador: Pablo Rodrigo de Oliveira Souza, NACIONALIDADE BRASILEIRA, ESTADO CIVIL SOLTEIRO, PROFISSÃO EMPRESÁRIO, portador da cédula de identidade RG: 3.172.183-0, e inscrito no CPF: 060.215.465-04 a quem confere amplos poderes com a cláusula ad negotia, com finalidade de representar-me perante qualquer seguradora participante do sistema DPVAT elou junto a Superintendência de seguros privados (SUSEP) – Ministério da Fazenda no que tange a todos os procedimentos, para requisição da indenização prevista no Decreto Lei: 73/76 atualizado pela Lei 8.194/74 e com nova redação dada pela Lei gerida pela Federação Nacional de Seguros (FENASEG), não estendo o outorgado autorizado a receber nenhum valor referente a pagamento de indenização; devendo este ser feito em DEPÓSITO NA CONTA EM NOME DO (A) BENEFICIÁRIO (A) EM QUALQUER BANCO QUE A VÍTIMA TIVER CONTA, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar autorização de pagamento, substabelecer esta, no todo ou em parte com ou sem reserva de iguais poderes, e praticar todos os atos de direito, permitido para perfeito cumprimento deste mandato da vítima acima.

Rio Real / BA, 24 de julho de 2018



Nivaldo Moreira Guimarães

Outorgante

(reconhecer firma da assinatura por autenticidade)



JUCIMARA GUIMARÃES REIS
Escrevente autorizada



RECEBIDO



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÓPOLIS

RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE:(0) 3542-1265

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06540.0-000560

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÓPOLIS

Endereço: RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE:(0) 3542-1265

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

FATO

Data e Hora do Fato: 11/10/2017 - 08:30 até 11/10/2017 - 08:30

Endereço: RODOVIA ESTADUAL CRISTINAPOLIS A TOMAR DO GERU Número: S/N Complemento: CEP: 49200000

Bairro: POVOADO LAGOA SECA II Cidade: CRISTINAPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÓPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: NIVALDO MOREIRA GUIMARÃES

Nome do pai: JOSE MOREIRA FILHO Nome da mãe: ANA JOSEFA GUIMARÃES

Pessoa: Física CPF/CGC: 038.240.295-29 RG: 6229816 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 21/10/1960 Sexo: Masculino Cor da pele: Branca

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO AGUA BRANCA Número: S/N Complemento: PROXIMO A IGREJA

CEP: 49.270-000 Bairro: Cidade: CRISTINAPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9-9806-5995

Del. Mun. Cristinápolis
Valter de Souza
RG 378 SSP/SSP/SE
Chefe de polícia Adm.

HISTÓRICO

Cita o noticiante que no dia 11/10/2017, por volta das 08:30 horas pilotava o veículo motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN ES, COR VERMELHA, CHASSI Nº. 9C2JC4120AR005892, PLACA Nº. IAJ-2447-SE de propriedade de Sandra Andrade Dantas, saindo desta cidade com destino a sua residência no Povoado Água Branca de Cima, neste município, trafegando pela Rodovia Estadual Cristinápolis-Tomar do Geru, quando nas imediações do Povoado Lagoa Seca II, ao desviar de um buraco existente na pista de rolamento, perdeu o controle do veículo caindo no chão sustentando com o braço direito, fraturando o mesmo; Que foi encaminhado ao hospital Governador João Alves Filho, na ambulância do SAMU, onde ficou internado sob cuidados médicos e posteriormente liberado; Que foi expedido relatório médico do órgão de saúde onde foi atendido. Diante do fato pede registro.

Data e hora da comunicação: 09/07/2018 às 10:54

Última Alteração: 09/07/2018 às 10:52.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Nivaldo Roberto Guimarães

NIVALDO MOREIRA GUIMARÃES
Responsável pela comunicação

José de Souza
Responsável pelo preenchimento

Volante 20173
PC
Escritório de Polícia

RELATÓRIO 01631 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1710110329 / ESUS - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 05h41min do dia 11 de Outubro de 2017, para atendimento de vítima identificada como **Nivaldo Moreira Guimarães**, com relato de **queda de moto**, no município de Cristinápolis.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico - Cristinápolis** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 06 de Dezembro de 2017



Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO