

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: 00000008564-8

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 Guimaraes,

RG nº 622983, 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>Pra. Caju Branca de Laima III TUF</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>basa</u>
Bairro	<u>Zona Sul</u>
Cidade	<u>Torristinópolis</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.270.000</u>
Telefone de Contato	<u>(75) 9 9889-2402 / (79) 9 9834-0820.</u>
E-mail	<u>contato.pobledivino@gmail.com</u>

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

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

Assinatura do Declarante:

Nivaldo Moreira Guimaraes

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 Pedro Rodrigues 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 Guimaraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.240.295 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Nivaldo Moreira Guimaraes, 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	Número	Complemento
<u>Rua São Paulo</u>	<u>143</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Zona Rural</u>	<u>BAHIA</u>	<u>48.330.000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>contato.pedrooliveira@gmail.com</u>		<u>(75) 9 9889-2402</u>

Rio Real BA, 24 de julho de 2018
Local e Data

Pedro Rodrigues 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 Toronto do Geru, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
fronteira 27 de Abril, nº 205,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrida com a
vítima Nivaldo Moreira Guimarães, cujo o condutor era
Jucimara Guimarães.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN ES

Ano: 2009/2010

Placa: IAJ-2447.

Chassi: GCAJCA41JOAR005892.

Data do Acidente: 31/10/2017

Local e Data: Ribeirão BA 24/10/2018



Sandra Andrade Dantas

Assinatura do Declarante

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



Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Tomar do Geru -
24/07/2018 - 09:08:35
Selo TJSE 201829637002342
Arpese: www.tjse.jus.br/xR33Gy3



JUCIMARA GUIMARÃES REIS
Escrevante autorizada

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

RELATÓRIO MÉDICO

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

INTERNAMENTO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de moto causando fratura de ossos do antebraço direito (resposta) sendo operado em 11/10/17 tiradas com placa + parafusos desligado para intercorrência. Recuperou alta em 13/10/17 por exames.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

descrito clínico

EXAMES COMPLEMENTARES:

hemograma

radiografia

MÉDICOS ASSISTENTES:

Drº Paulo Salotti CRM 4451

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

ARACAJU, 22 de março de 2018

Wanderlaria Diniz
Intensivista / Clínica Médica
CRM/SE 3506

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente. Isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

S.O.

RJ 2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1611216

DATA: 11/10/2017

HORA: 08:37

USUARIO: VDMSANTOS

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

Faturado
PS - Auto

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: SE CEP...:
NOME PAI/MAE..: JOSE MOREIRA FILHO /ANA JOSEFA GUIMARAES
RESPONSAVEL....: SOBRINHO CARLISON TEL...: 99989490
PROCEDENCIA...: CRISTINAPOLIS
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente trazido pelo seu ir proposito veterinaria
exames de novo , queixa , seu TCE . Caso queira ver sua
MS Direto . M.B.C.P = p - t - Pernas ou suspeitas
de MS . Andava pouco , fiozinho , sudorez ,
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / / /

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACA

- ① Solvito 400x dia 30cp + multivit +
mult 27
② Adu no cimento qnd Dr. Iria E.S. Alves
③ An. ad ortopedia CRM 10021
Gabinete Geral

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATH

Monitram G. Santos

MUSE

DIRECCIONES para tu viaje con aviones de vanguardia
11:10 de 13
10:30 Konya (recorrido y permanencia)

- Doctor

- L. P. 1000 q. 9.90 general av. 11.00 ✓ 10:00
- Cinezodófilos 1 general av. 11.00 ✓ 10:00
- Cinezodófilos 3 general av. 11.00 ✓ 10:00

- Cinezodófilos 3 general 3.50 ✓ 10:30 2
entradas 10.00

- Visiting zu Schul AD, ✓ 10:00 10.00 22

- SAFA - O. Rep. av. 100 / FALTA

- Cinezodófilos 15 general 10.00

- Recorrido de El Bouskoura de 5000
euros cada.

Orlando Fernández Abreu
Complejo Transatlántico
Ctra. de la Constitución, 11
28040 Madrid

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Rag. 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
Municipio.....: 2801702 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

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,: ESSSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 12/10/13 21:

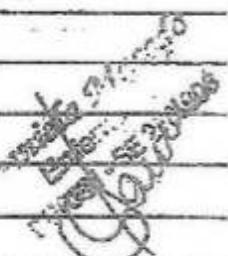
NOME: Nivaldo M. Jeunesse

GÊNERO: _____ IDADE: _____

DIAGNÓSTICOS: Fratura do clavos (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	
4	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
5	Profenid, 01 ampola IV + 1.000mL SFO,9%, 12h/12h	
6	Tramal 100mg + 250 mL SFO,9%, IV, 8h/8h SOS	
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000U LI SC, 2x/dias	
8	Bromopride, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
9	Glicemias capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia: 11 <200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
12	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	COGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
17	(S) ALTA DOS HOSPITALAR	
18	Pac. alerta	
19		
20		
21		
22		
23		
24	(S) alta	
25		
26		
27		
28		

DR. Paulo Sérgio
Ortopedista
CIRURGIANO
CRM/SE 17642



TRABALHADOR

Isso é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o Exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espejam a conduta, arquivação e as qualidades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu nascimento e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR



SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - SE N° 013268962024
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	ENTRC	EXERCÍCIO
1	061616373	HONDA/CIVIC/Honda	2013-2
TOMBO			
SABEMI LIDERAGEM INOVADORA			
www.seguradoralider.com.br			
INFORMAÇÕES SOBRE O SEU VÉHICULO:			
PLACA CNPJ		PLACA	
014-34-0001-105-66		1010-047	
PLACA ANT/LT		CHASSI	
103268962024		103268962024	
CÓD. CEP/TELEFONE		CÓD. CEP/TELEFONE	
POB/MUNICIPIO/ESTAD		POB/MUNICIPIO/ESTAD	
MARA/ MOD/0		ANO FAR/ANO MOD	
HONDA/C9 125 FAN ES		2010/ 2010	
CAP/POB/00		CAT/POB/00	
299CV/124CC		PONT/00	
COTA UNICA		VEÍC. TOTAL/00	
1 PAGO		1º VENCIMENTO/00	
PVA		2º VENCIMENTO/00	
DE 2013-2014		3º VENCIMENTO/00	
PRÉMIO TARIFÁRIO/00 — 100,00 — PRÉMIO T/FA/00 — DATA DE PAGAMENTO/00			
SEGURADO PAGO REFORÇO NO EXERCÍCIO/00			
OBSERVAÇÕES			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
PARTE COMUM DE 01 A 04 LIGAIS			
SEM RESTRIÇÕES			
TOTAL		DATA	
100,00		16/08/2018	
TOMADA DO PELÔ			
Luz de Alcevedo Costa Neto			
DIRETOR-PRESIDENTE			

SE N° 013268962024 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA LISSAO
2013-2014 01/08/2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CÓD. CNPJ	PLACA
2	061616373	1010-047
RENAVAM		
MARA/ MOD/0		
HONDA/C9 125 FAN ES		
ANO FAR	2010	Nº CASSI
2010	0	900104100010356892

PRÉMIO TARIFÁRIO	
PNE/00	CUSTO DO SEGURO (P)
31,00	30,00
QUNTO DOBRO/00	DPVAT
4,15	4,15
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	PARCERLADO
	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.500/0001-04

PROCURAÇÃO

Por este instrumento particular de procuração,
Nivaldo Moreira Guimaraes, NACIONALIDADE
Brasileiro, ESTADO CIVIL Solteiro, PROFISSAO
funcionário, portador da Cédula de Identidade RG: 6.229.83
e inscrito no CPF: 038.240.295-29, residente e domiciliado (a) na:
Pov. Cigarrinha Branca de Irama - MUITO, 120 - zona Rural - Cristóvão
pelis ISG CEP: 49.270.000.
nomeia e constitui seu procurador: Pablo Rodrigo de Oliveira Souza, NACIONALIDADE
BRASILEIRA, ESTADO CIVIL SOLTEIRO, PROFISSAO EMPRESARIO, portador da cedula de
identidade RG: 3.172.163-0, 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 e/ou 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 estando 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



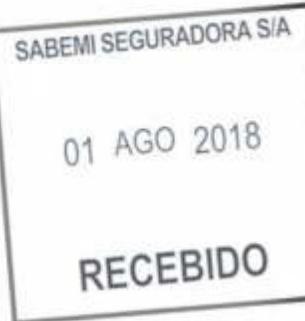
Nivaldo Moreira Guimaraes

Outorgante

(reconhecer firma da assinatura por autenticidade)



JUCIMARA GUIMARÃES REIS
Escrevente autorizada



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

038.240.295-29

Nivaldo Moreira Guimerães

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Nivaldo Moreira Guimerães	CPF titular da conta 038.240.295-29	Profissão curador
Endereço Povoado Cova Branca de Iaima	Número 120	Complemento III TV I
Bairro Zona Rural	Cidade Brasileípolis	Estado Sergipe
Email centato.policlínico@gmail.com	CEP 49.270.000	Telefone (DDD) (75) 9.9889-3402

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" 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. **4874** DIV. **03** CONTA NRO. **8564** DIV. **8**
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____ AGENCIA _____ DIV. _____

AGÊNCIA NRO. _____ DIV. _____ CONTA NRO. _____ DIV. _____
(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 Lider 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.

Rio Red 104 - 24 de julho

Local e Data

de 20.18 SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

Nivaldo Moreira Guimerães

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



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

POLÍCIA ON-LINE

**SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME**

OU VÓZ DA PREVENÇÃO DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

**DISQUE DENÚNCIA
181**



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

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 CRISTINÁPOLIS

SABEMI SEGURADORA S/A

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

01 AGO 2018

FATO

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

RECEBIDO

Endereço: RODOVIA ESTADUAL CRISTINÁPOLIS A TOMAR DO GERU Número: S/N Complemento: CEP: 49170-000

Bairro: Povoado LAGOA SECA II Cidade: CRISTINÁPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

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 cutis: Branca

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

Endereço: Povoado ÁGUA BRANCA Número: S/N Complemento: PROXIMO A IGREJA

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

Proximidades: Telefone: 79 9-9806-5996

HISTÓRICO

Cita o noticiante que no dia 11/10/2017, por volta das 05:30 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.

2/11/18 Nivaldo Moreira Guimarães

NIVALDO MOREIRA GUIMARÃES
Responsável pela comunicação

Walter de Souza
Responsável pelo preenchimento
P.G.
Emissão da BO



Fundação
Hospitalar
de Saúde



RELATÓRIO 01631 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1710110029 / 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

Tiem S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CAM 4553

Tiem S. M. Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO