

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: 29/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 00000001796-2

Nr. da Autenticação 3F3C7B402C419863

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: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 00000032809-7

Nr. da Autenticação AE0D41038655E832

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 2014785891
Nome do(a) Examinado(a): Valdomiro Silva Nunes
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Algodao, S/N
Zona Rural Nossa Senhora Aparecida SE CEP: 49540-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.073.844
Data local do acidente: [11/08/2014]
Data local do exame: [09/01/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM PLACA E PARAFUSOS.

Complicações: BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO

Data da Alta: 01/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

O EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E DA CLAVÍCULA, AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE MEDIAL DA CLAVÍCULA (CALO ÓSSEO E MATERIAL DE SÍNTSESE), PRESENÇA DE ATROFIA DE DELTOÍDE E BÍCEPS BRAQUIAL POR DESUSO, QUEDA DO OMBRO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 20° (0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 75% intensa** 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otálio Nascimento Júnior

Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014785891 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO SILVA NUNES **Data do acidente:** 11/08/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA EM 2.362,50 NO MÃO ESQUERDA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014785891 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO SILVA NUNES **Data do acidente:** 11/08/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: O EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E DA CLAVÍCULA, AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE MEDIAL DA CLAVÍCULA (CALO ÓSSEO E MATERIAL DE SÍNTSESE), PRESENÇA DE ATROFIA DE DELTÓIDE E BÍCEPS BRAQUIAL POR DESUSO, QUEDA DO OMBRO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 20° (0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°)

Resultados terapêuticos:

EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DA MÃO ESQUERDA(PAGAMENTO REALIZADO PELA AMD,MAS A PERÍCIA CONSTATOU LESÃO DO OMBRO DIREITO).COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luis Lima Casanova".



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014785891

Vítima: VALDOMIRO
SILVA NUNES

Seguradora: Sabemi
Seguradora S/A

Cidade: Nossa Senhora da Glória

Data do acidente: 11/08/2014

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Natureza: Invalidez

Emissor do parecer: Dorian Braga
Saraiva

CRM do médico: 52.32571-1

PARECER

Data da análise: 25/09/2014

Valorização do IML:

0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MÃO 25%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador:

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta n°: 5302285

A/C: VALDOMIRO SILVA NUNES

Sinistro: 2014785891
Vitima: VALDOMIRO SILVA NUNES
Data Acidente: 11/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDOMIRO SILVA NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 000001796-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

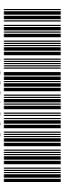
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 2014785891 **Vítima: VALDOMIRO SILVA NUNES**
Data do Acidente: 11/08/2014 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDOMIRO SILVA NUNES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: **VALDOMIRO SILVA NUNES**

Valor: **R\$ 168,75**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000032809-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

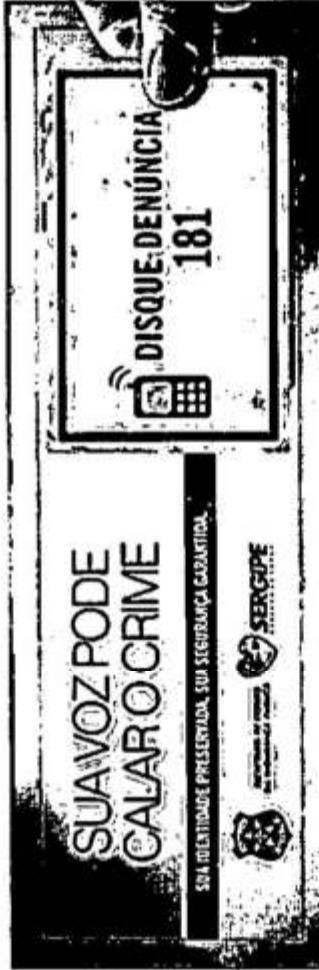




GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: 0 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06570.0-000678

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: 0 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 11/08/2014 - 09:30 até 11/08/2014 - 10:00

Endereço: RODOVIA QUE LIGA GLÓRIA A MONTE ALEGRE Número: Complemento: CEP: 49880-000
 Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE
 Bairro: N. SRA DA GLÓRIA
 Tipo de local: VIA PÚBLICA Melo Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: VALDOMIRO SILVA NUNES

Nome do pai: OSVALDO DA SILVA NUNES Nome da mãe: MARLIETTA DA MOTA
 Pessoa: Física CPF/CGC: 588.022.075-34 RG: 10738444 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
 Naturalidade: RIBEIRÓPOLIS Data de nascimento: 20/03/1970 Sexo: Masculino Cor da cutis: SABEMI
 Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto
 Endereço: Povoado AL GODÃO Número: SN Complemento: CASA
 CEP: 49 680-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE Data: 11 SET 2014
 Proximidades: VIZINHO AO BAR DE LOUDES Telefone: 99982026 Local: RIO DE JANEIRO

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE É PROPRIETÁRIO DE UMA MOTOCICLETA MARCA HONDA/ MODELO CG 150 TITAN ESD/ ANO 2013, PLACA OEL 5142, CHASSI 9C2KC16500DR308239, COR PRETA, IMPLACADA EM NOME DE JOSEVALDO ARCANJO DOS SANTOS, CPF 019 249 105-94, QUE NO DIA E HORA ACIMA SUPRACITADOS CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA QUE LIGA GLÓRIA A MONTE ALEGRE COM DESTINO A ESTA CIDADE DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA, MOMENTO EM QUE NO BRAÇO DA CRUZ TINHA UM BURACO E O NOTICIANTE PERDEU O EQUILÍBRIO, SENDO ARREMESSADO AO CHÃO, LESIONANDO-SE FISICAMENTE, QUE FOI SOCORRIDO POR CONHECIDOS E LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA E LOGO EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE ARACAJU-SE PARA SER REALIZADA A CIRURGIA NO DEDO POLEGAR DA MÃO ESQUERDA, QUE REGISTRA ESTE BO AFIM DE AÇÃOAR O SEGURO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 29/08/2014 às 09:43

Última Alteração: 29/08/2014 às 09:43

VALDOMIRO SILVA NUNES
 Responsável pela comunicação

Larissa Lorraine Lima Barreto
 Responsável pelo preenchimento





CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que nos municípios sergipanos, abaixo relacionados não possuem Instituto Médico Legal, sendo todos os atendimentos pertinentes, realizados na única sede em Aracaju.

Amparo do São Francisco, Aquidabá, Araua, Areia Branca, Barra dos Coqueiros, Brejo Grande, Boquim, Campo do Brito, Canhoba, Canindé do S.Francisco, Capela, Carira, Carmópolis, Cedro do S.Francisco, Cedro do S.João, Cristinápolis, Cumbe, Divina Pastora, Estância, Feira Nova, Frei Paulo, Gararu, General Maynard, Graccho Cardoso, Ilha das Flores, Indiaroba, Itabaiana, Itabaianinha, Itabi, Iaporanga d' Ajuda, Japoatã, Lagarto, Laranjeiras, Macambira, Malhada dos Bois, Malhador, Maruim, Moita Bonita, Monte Alegre de Sergipe, Muribeca, Neópolis, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora de Aparecida, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora de Lourdes, Nossa Senhora do Socorro, Pacatuba, Pedra Mole, Pedrinhas, Pinhão, Pirambu, Poço Redonda, Poço Verde, Porto da Folha, Própria, Riachão do Dantas, Riachuelo, Ribeirópolis, Rosário do Catete, Salgado, Santa Luzia do Itanhy, Santa Rosa de Lima, Santa Amaro das Brotas, São Cristóvão, São Domingos, São Francisco, São Miguel do Aleixo, Simão Dias, Siriri, Telha, Tobias Barreto, Tomar do Geru, Umbaúba, Santana do São Francisco.

Aracaju, 19 de janeiro de 2011.

[Signature]
Adelmo Costa da Lisboa
Perito Criminalístico 1^a Classe
Coordenadoria Geral de Perícias

SABEMI SEGURAUÚTICHA J/n
11 SET 2011
RIO DE JANEIRO



ପ୍ରକାଶକ

Concepcionado: 25 de junio
en la Ciudad de Mexico 1. Clase
y 1. Cifra

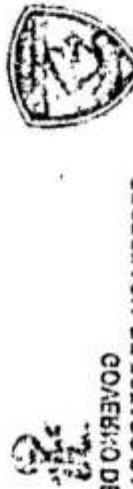
Aerobic exercise

Revista de Lengua y Litteratura Mexicana

Brasileiro, que se passou de 1830 a 1840, quando o Brasil se tornou independente. O Brasil é um país que tem uma história muito rica e variada, com muitos eventos importantes que marcaram sua trajetória. Um dos principais é a Independência do Brasil, que ocorreu em 15 de Novembro de 1822, quando Dom João VI, rei da Coroa Portuguesa, declarou a independência do Brasil. Outro evento importante é a Revolução Constitucionalista de 1932, que resultou na queda do regime militar de Getúlio Vargas e no estabelecimento da República Federativa do Brasil. Ainda hoje, o Brasil é um país com uma cultura diversificada, com influências europeias, africanas e indígenas, que se refletem em sua arte, música, literatura e culinária.

Declaro que es devoto de la Virgen María y de su Hijo Jesucristo, apóstol Santiago el Mayor y San Blas, y de los Santos Apóstoles Pedro y Pablo.

DECI • 87



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
GOVERNO DE SERRA LIMA



Relatório

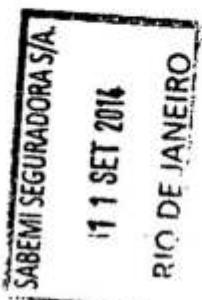
Geldeiros Silveira Júnior
vitime de acidente motociclistico em 01 - 08 - 2014.
Sofreu protetor da "boca" do primeiro motociclista. esquerdo.
Submetidos a tratamento cirúrgico com fraturas percutâneas.
Encontra-se sob monitorização.

Off. Sr
05-09-14
Dra Roberta Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1172

JABEMI SEGURODOR S/A
11 SET 2014
RIO DE JANEIRO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
TIPO GERAL	1.073.844
2.VIA	
DATA DE EXPEDIÇÃO	25/09/2012
NAME	VALDOMIRO SILVA NUNES
FILIAÇÃO	OSVALDO DA SILVA NUNES MARIETA DA MOTA
NATURALIDADE	Ribeirópolis-SE
	DATA DE NASCIMENTO
	20/03/1970
DOC. ORIGEM	OBS - DIVORCIADO
CT. CASAM.	NR 2873 LV 807 FL 281
CPF	CART. DIST E COM DE MSN DA GLÓRIA-SE
PI.	588.022.075-34
EVERETT FERREIRA DA SILVA Chefe do Núcl. de Idade Dr. Carlos Moraes	
ASSINATURA DO DIRETOR	
ELENCO DE AUTORIZAÇÕES	
EI Nº 7.118 DE 29/08/83	





Radiogramas

ABRIL 2015

02 MAR 2015

Valdramidus Silva Alves
que motiva de local de permane-
cia sem escavação no grande
angulo.

DR DE JANEIRO

Envolvimento craniocervical exa-
gore com lesões de contusão.

Permeável e intensamente doloroso
localizado limitado ao grande
angulo, sem lesões.

Sedal permeável.

Permeável, sem alterações
sem edema óptico.

Dr Roberto Lím

Otorrino Traumatologia

2015

Centro Integrado Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7113
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MARQUES LIMA

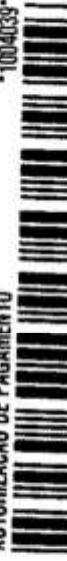
Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT**, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdomiro Sá M. Muniz, N1043844, EXPEDIDO POR S.S. PI. S/C, EM 26/09/12 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5810020107344, CPF 039.600.000-000, PROFISSÃO Lider do Grupo
 E RENDA MENSAL DE R\$600,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdomiro S. Muniz, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este campo deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



! Para emitir a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

- 1) Os seguintes documentos **não devem**, de forma nenhuma, ser apresentados:
 - Conta salário e/ou benefício;
 - Conta pessoa jurídica;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

- 2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

- 3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 341 • AGÊNCIA 000 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA 000 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 000 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA 000 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 2303 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1796-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DUO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Gloria DATA 09/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) + Woldo Míssis Silv 2011

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-072-2121.

27 NOV 2018

RECEBIDO



Prefeitura Municipal de
Nossa Senhora Aparecida - SE
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

Paciente:

Valdomiro São Nunes
Ribeirão Meio

Paciente: Valdomiro São Nunes, utente da
Unidade Maternidade Lélio Zanot, nascido em 01/01/1952.
Residência: Ribeirão Meio, no Ceará.
Sem antecedentes no período.

Estava com a nalgas abertas
devido ao excesso de trabalho
no período.

09/11/2018

Dra. *[Signature]*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

588.022.075-34 Baldomiro Sihua Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Baldomiro Sihua Nunes

CPF:

588.022.075-34

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Brasileiros Rua J. S. Aparecida - Parque das Águas

Rua Rural

Cidade:

Maria Sônia Aparecida

E-mail:

Estado:

SC

marcondesilvino@gmail.com

Número:

51

Complemento:

Casa

CEP:

49540-000

Tel.(DDD):

79

19918-9207

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303

CONTA: 32209

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Ilheus Sônia da Piedade, 24.01.19

Nome:

CPF:

Baldomiro Sihua Nunes

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

01-FEV-2019

Assinatura

RECEBIDO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELEÇÃO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0561159/14

Número do Sinistro: 2014785891

Vítima: VALDOMIRO SILVA NUNES

Data do acidente: 11/08/2014

CPF: 588.022.075-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDOMIRO SILVA NUNES

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 27/11/2018
Nome: VALDOMIRO SILVA NUNES
CPF: 588.022.075-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: IZABELA ALVES DOS SANTOS
CPF: 143.340.087-12

VALDOMIRO SILVA NUNES

IZABELA ALVES DOS SANTOS