

# 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: 000000001796-2

---

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: 000000032809-7

---

Nr. da Autenticação AE0D41038655E832

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 DIAFISE MEDIAL DA CLAVÍCULA (CALO ÓSSEO E MATERIAL DE SÍNTESE), 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).**

**ÂNGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 20° (0° A 180°)**

**ÂNGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°)**

**ÂNGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°)**

**ÂNGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°)**

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

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

☐ "Sem seqüela permanente"

*(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 (Seqüela):

**OMBRO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
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

**Valoração 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 SÍNTESE), 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 ESQUERDO(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

**PRESTADOR**

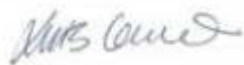
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014785891

**Cidade:** Nossa Senhora da Glória

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** VALDOMIRO  
SILVA NUNES

**Data do acidente:** 11/08/2014

**Emissor do  
parecer:** Dorian Braga  
Saraiva

**Seguradora:** Sabemi  
Seguradora S/A

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS  
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**CRM do médico:** 52.32571-1

### PARECER

**Data da análise:** 25/09/2014

**Valoração do** 0,00

**IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

**Resultados** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS  
**terapêuticos:**

**Sequelas** DEBILIDADE FUNCIONAL  
**permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das** MÃO 25%  
**sequelas:**

**Documentos**  
**complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:**

**UF do CRM do**  
**médico:**

### DANOS

#### Dano

Perda funcional completa de uma das mãos

%	Dimensão	Graduação
70	1	25

**Valor avaliado:** 2.362,50

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5302285

A/C: VALDOMIRO SILVA NUNES

Sinistro: 2014785891  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

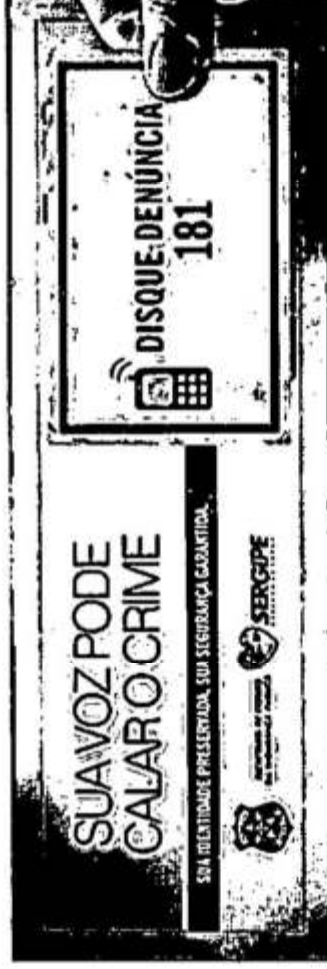
Estamos aqui para Você





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

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: VALDOMIRO SILVA NUNES

Nome do pai: OSVALDO DA SILVA NUNES Nome da mãe: MARIETA DA MOTA

Pessoa: Física CPF/CGC: 588.022.075-34 RG: 10738444 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: RIBEIROPOLIS Data de nascimento: 20/03/1970 Sexo: Masculino Cor da pele: Branca

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

Endereço: POVOADO ALGODÃO Número: SN Complemento: CASA

CEP: 49.680-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE 11 SET 2014

Proximidades: VIZINHO AO BAR DE LOUDES Telefone: 99982026

RIO DE JANEIRO

### HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE É PROPRIETÁRIO DE UMA MOTOCICLETA MARCA HONDA MODELO CG 150 TITAN ESD/ ANO 2013, PLACA OEL5142, CHASSI 9C2KC1650DR306239, COR PRETA, EMPLACADA 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 ACIONAR 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*

VALDOMIRO SILVA NUNES

Responsável pela comunicação

*Larissa Lorana Lima Barreto*

Larissa Lorana 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, Aquidabã, Araua, Areia Branca, Barra dos Coqueiros, Brejo Grande, Boquim, Campo do Brito, Canhoba, Canindé do S.Francisco, Capela, Canira, Carmópolis, Cedro do S.Francisco, Cedro do S.João, Cristinópolis, Cumbe, Divina Pastora, Estância, Feira Nova, Frei Paulo, Gararu, General Maynard, Graccho Cardoso, Ilha das Flores, Indiaroba, Itabaiana, Itabaianinha, Itabi, Itaporanga d' Ajuda, Japoatã, Lagarto, Laranjeiras, Macambira, Malhada dos Bois, Malhador, Marum, Moita Bonita, Monte Alegre de Sergipe, Muribeca, Neópolis, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora 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 Itanh, Santa Rosa de Lima, Santa Amaro das Brctas, São Cristóvão, São Domingos, São Francisco, São Miguel do Aleixo, Simão Dias, Siriti, Telha, Tobias Barreto, Tomar do Geru, Umbaúba, Santana do São Francisco.

Aracaju, 19 de janeiro de 2011.

Adelino Costa Lisboa  
Perito Criminalístico 1ª Classe  
Coordenador Geral de Perícias

SABEMI SEGURANÇA S/A

11 SET 2014

RIO DE JANEIRO





Coordenador Geral de Ensino  
 Perito Criminalístico 1.ª Classe  
 Adelino Carlos Lisboa

German Pumpenfabrik, Zweigfabrik der Rhein-Fabrikanten

Адрес: 220000, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Мухоморова, д. 10

Declaro para os devidos fins, que nos

Declaro b'as os seguintes fins: que nos

## 11



GOVERNO DE SERGIPE



Relatório

Uldomiro Silva Soares  
vítima de acidente oncológico  
ocorrido em 11-08-2014.

Sofreu trauma por queda do  
primeiro metacarpo no espelho  
do...

Submetido a tratamento  
cirúrgico com fixação percutânea.

Encontra-se sob observação.

SABEMI SEGURADORA S/A  
11 SET 2014  
RIO DE JANEIRO

05-09-14  
Drº Roberto Lima  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-1173





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.073.844 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2012

NOME  
WALDOMIRO SILVA NUNES

FILIAÇÃO  
OSVALDO DA SILVA NUNES  
MARJETA DA MOTA

NATURALIDADE  
RIBETROPOLIS-GE DATA DE NASCIMENTO  
20/03/1970

DOC ORIGEM  
OBS - DIVORCIADO

CT. CASAL. NR 2873 LV 807 FL 281

CPC CART DIST E COM DE NSA DA GUARAPUAVA

588.022.075-34

EVERETT FERREIRA DA SILVA  
Diretor do Inst. de Ident. Dr. Carlos Monteiro

ASSINATURA DO DIRETOR

4.º BI Nº 7.116 DE 29/08/83

1000001

VOLUNTARIS DE IDENTIFICAR



SABEMI SEGURADORA S/A  
11 SET 2014  
RIO DE JANEIRO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CARLOS MONTEIRO

Waldomiro Silva Nunes

Carteira de Identidade

Portrait photo and fingerprint area

Relatório

SABINO DE J. A. SILVA

02 MAR 2015

DR. DE J. A. SILVA

Valdomiro Silva Nunes foi  
para praxia da base do punho  
e metacarpo proximal em  
agosto.

Endentado a redução ex-  
treme com fixação preventiva.

Revisão sintomática da  
mão e limitação do pun-  
ho de flexão e extensão.

Sua mobilidade

Paciente em avaliação  
em abril de 2015.

Dr. Roberto Lima

Ortopedia Traumatologia

Av. Embaixador Maranhão, nº 174 - tel.: 2106-7112

CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

Aracaju, 02 de Março de 2015





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

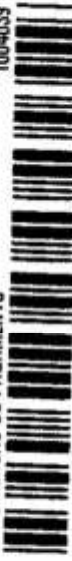
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdomiro Barbosa Nunes EXPEDIDO POR SS PISE EM 20/09/12 E  
PORTADOR(A) DO RG Nº 10.384.4 / CNPJ 00.000.000-00, PROFISSÃO Condutor  
CPF 518.002.073-39 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (\*) AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdomiro S. Nunes AUTORIZO A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Sussep 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 cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



Para evitar 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](http://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 \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 302 (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Gloria DATA 09/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) + Valdomiro Barbosa Nunes

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022-1111.

27 NOV 2018

RECEBIDO



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



## RECEITUÁRIO

Paciente:

Valdomiro Ivo Nunes  
Ribeiro Medeiros

Paciente supra citado, vítima de  
trauma intracranial há 2 anos,  
recebeu Amigotom em Clavícula  
direita. Sem intercorrências na  
permanência.

Estando apto a receber outras  
ações laborais e alta definitiva  
ao quadro.

09/11/2018

Dr. Sérgio Antônio  
Ferreira  
CRM 5530



# 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: 588.022.075-34 Nome completo da vítima: Baldomiro Silva Nunes

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

Nome completo: Baldomiro Silva Nunes CPF: 588.022.075-34  
Profissão: Camponês Endereço: Rua J. S. Pereira - Povoado Algodão Número: 311 Complemento: Casa  
Bairro: Área Rural Cidade: Nossa Senhora Aparecida Estado: SC CEP: 69540-000  
E-mail: Marcondespleno@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

## RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: 3803 CONTA: 32809

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: Nossa Senhora da Piedade, 24.01.19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Baldomiro Silva Nunes  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A  
Assinatura

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 SEU ROSTO, 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

**CPF:** 588.022.075-34

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/08/2014

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDOMIRO SILVA NUNES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](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: 27/11/2018  
Nome: VALDOMIRO SILVA NUNES  
CPF: 588.022.075-34

\_\_\_\_\_  
VALDOMIRO SILVA NUNES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
IZABELA ALVES DOS SANTOS