

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

UNICLIN

PACIENTE: Nivaldo Moreira Guimarães

DATA: 22/08/2018

DN: 21/12/1960

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

DESCRICAÇÃO:

Controle de tratamento de fratura na diáfise dos ossos do antebraço.

Osteossínteses metálicas.

Arqueamento dos ossos do antebraço.

Consolidação radial incompleta.

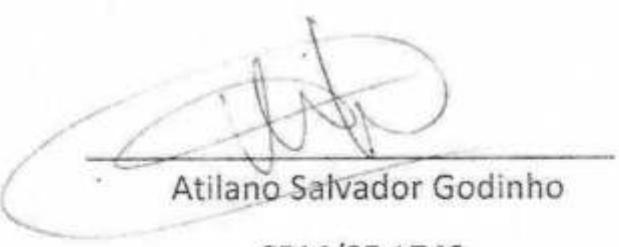
RADIOGRAFIA DA Perna DIREITO

DESCRICAÇÃO:

Controle de tratamento de 3 fraturas na diáfise fibular e no terço médio tibial.

Consolidação satisfatória.

Eixos ósseos regulares.



Atilano Salvador Godinho

CRM/SE 1742

TRABALHADOR

Esta 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, arquitetura e qualidades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, esse 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 futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SERVIÇO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FIS-2-SC

129.46237.76-3

NÚMERO

DATA

UF

1339709

002-0

SE

Valdo Moreira Guimaraes

VALDO MOREIRA GUIMARAES

VALDO MOREIRA GUIMARAES



NIVALDO MOREIRA GUIMARAES

ARACAJU

SE

21/10/1960

JOSE MORAES FILHO

ANA JOSEFA GUIMARAES

RG 622981 SSP SE

SOLTEIRO

622981

2210062161

0040

028.240.295-23

630

QUALIFICAÇÃO CIVIL

PM - PREFEITURA MUNICIPAL

01/02/2007

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

ALTERAC

DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO
NOME	NOME	NOME	NOME	NOME
DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO
E. E.				

A. GOMES C. DMC
L. SERGIO B. ACO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NÚMERO DO RG:	3.172.163-0
	2. VIA
	DATA DE EMISSÃO
06/12/2007	
NOME	
PAULO RÉURICO DE OLIVEIRA SOUZA	
NASCIDO	
LEIVALDO DE SOUZA	
ELZA DE OLIVEIRA	
NATURAL DA CIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ARACAJU-SE	17/11/1985
DOCUMENTOS	
CT. NASCIM. NR 1971 LV AIE FL 2500	
CPF. 12.051.001-0001-00	
RG 11002-1	
ESTADO: SE	
UF: SE	



CÓDIGO DE CONTROLE
3UBC.9735.CC14.B91D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Goniorrhotic crusting psoriasis

Secretaria da Receita Federal do Brasil
27 de dia 16/07/2014 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Brasil Padrão
Centro de Pequenos Fóruns

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:
060.215.465-04

Mayne

PAULO RODRIGO DE OLIVEIRA SOUZA

Nascimento
17/11/1988

VALORES SÓLIDOS COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

1996-1997
1997-1998
1998-1999
1999-2000
2000-2001
2001-2002
2002-2003
2003-2004
2004-2005
2005-2006
2006-2007
2007-2008
2008-2009
2009-2010
2010-2011
2011-2012
2012-2013
2013-2014
2014-2015
2015-2016
2016-2017
2017-2018
2018-2019
2019-2020
2020-2021
2021-2022
2022-2023
2023-2024

CTC JAGUARI S/Nº PL10
PABLO RODRIGO DE OLIVEIRA SOUZA
RUA SÃO PAULO, 143
CENTRO
69000-000 RIO BRASIL - PA



10. The following table summarizes the results of the study.

9198000A 998703291 645-408002
MID: 2458007481

SABEMI SEGURODORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Nivaldo Moreira Guimaraes
 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 nexo, quando, no TCE. Caso queira ver o
no MS Direito. M.B.C. P. + P. + Primaria ou suspeitas
no M.G. Andam peitos, fios, sudorese.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / / /

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACA

- ① Socorro devido ao choque + sangramento +
mais 27
② ABD de cima grande Dr. Iria E.S. Alves
③ AN. de ortopedia CRM 10021
CRM 10021
CRM 10021

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 a.m. 13^o 10:30 hora (recorrido + permanencia).

- Hotel ✓ 10:00
- Precio de 9.90 soles cada vuelo 11.00 ✓ 10:00 04 1
- Cinezodófilos 1 función cada noche 16.00 ✓ 10:00 22 04 10
- Comida en restaurante 3.50 ✓ 10:30 2
- Visita a la Alhambra 10.00 ✓ 10:00 26 22
- Entrada al Alhambra 6.00 cada persona ✓ FALTA
- Comida Gente 15.00 cada persona
- Recorrido de El Bosque o de Sabana
✓ 10:00 26 22

Orlando Fernández Abreu
Complejo Transatlántico
Calle 100 - Piso 10 - Oficina 101

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:

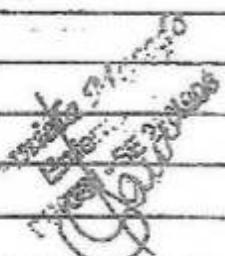
NOME: Nivaldo M. Jeunesse

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		
19		
20		
21	Pactuado	
22		
23		
24	(S) Rua	
25		
26		
27		
28		

DR. Paulo Sérgio
Ortopedista
CIRURGIANO
CRM-SE 100.000



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		1010-47	
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/C 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		PARCELAMENTO/COTAS	
3º VENCIMENTO		3º VENCIMENTO/00	
PRÉMIO TARIFÁRIO/00			
PRÉMIO TAF/00			
PRÉMIO TAF/00			
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO PAGO/REFORÇADO/EXERCÍCIO			
OBSERVAÇÕES			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
PORTARIA COMUM DE 01 DE JUNHO DE 1991			
NÃO VÁLIDO PARA VIA TERRESTRE			
SEM RESTRIÇÕES			
TOTAL		DATA	
100,00		16/06/2018	
TOMADA NO DIA			
Luz de Alcevedo Costa Neto			
DIRETOR-PRESIDENTE			

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

SE N° 013268962024 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA LISSAO
2013-2013-2013

VIA	CÓD. CNPJ	PLACA
1	061616373	1010-47
RENAVAM		
MARA/ MOD/0		
HONDA/C 125 FAN ES		
ANO FAR/00		Nº CASSI
2010		90010410041035692
CUSTO DO SEGURO (P)		
31,20		31,20
CUSTO DO SEGURO (P)		31,20
4,10		4,10
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.246.500/0001-04		

CONTRAN

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280258/18

Número do Sinistro: 3180353470

Vítima: NIVALDO MOREIRA GUIMARAES

CPF: 038.240.295-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2017

NIVALDO MOREIRA
GUIMARAES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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: 27/09/2018
Nome: PABLO RODRIGO DE OLIVEIRA SOUZA
CPF: 060.215.465-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA
CPF: 029.259.055-52

PABLO RODRIGO DE OLIVEIRA SOUZA

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA

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	D/V 03	CONTA NRO. 8564	D/V 8
-----------------------------	------------------	---------------------------	-----------------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name 	Agência 	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
-----------------------	--------------------	----------------	-----------------------	----------------

AGÊNCIA NRO. 	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
-------------------------	----------------	-----------------------	----------------

(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**

QUEM NÃO PRETENDE A PAZ, NÃO ENCONTRARÁ.



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS



DISQUE DENÚNCIA

181



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

SABEMI SEGURADORA S/A

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

01 AGO 2018

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

RECEBIDO

FATO

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

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.

21/10/2017 Nivaldo Moreira Guimarães

TRABALHADOR

Essa 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 Contato 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 fotografias contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta, arquivação e as atividades profissionais do seu portador.

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR



NIVALDO MOREIRA GUIMARAES		02
ARACAJU		SE
JOSE MORAES FILHO		21/10/1960
ANA JOSEFA GUIMARAES		
RG 622981 SSP SE		
SOLTEIRO		
622981 2210062151	0049	028-2402295-29 830
PM - PREFEITURA MUNICIPAL		
01/02/2007		
ALTERAC	HUMERO	
DOCUMENTO	DATA DE NASC. DE DOCUMENIO	
NOVA DOCUMENTO	NOVA DOCUMENTO	
L.	RESPOSTA	
A. GOMES	RESPOSTA	
B. PEREIRA	RESPOSTA	

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO