



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CRISTINÁPOLIS DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS
Praça da Bandeira, Bairro Centro, Cristinápolis/SE, CEP 49270000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202067001018

Distribuição: 28/07/2020

Número Único: 0000729-55.2020.8.25.0001

Competência: Cristinápolis

Classe: Procedimento Comum

Fase: POSTULACAO

Situação: Andamento

Processo Principal: *****

Assuntos

Dades dels Participants

Requerente: NIVALDO MOREIRA GUIMARAES

Endereço: BOVADO AGUA BRANCA DE CIMA III

Endereço: 1. 053/AB

Complemento: IV

Cidade: CRISTINAPOlis - Estado: SE - CEP: 49370000

Requerente: Advogado(a): RUDSON FILgueiras BARBOSA 5958/SE

Requerido: CARENTE SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Endereço: AVENIDA BABAO DE MARUIM

Complemento: LOJA DA FRENTE

Complemento: El

Cidade: ABACAJU Estado: SE CEP: 49010340

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2502/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CRISTINÁPOLIS DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS
Praça da Bandeira, Bairro Centro, Cristinápolis/SE, CEP 49270000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CRISTINÁPOLIS DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS
Praça da Bandeira, Bairro Centro, Cristinápolis/SE, CEP 49270000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202067001018

DATA:

04/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200903170604170 às 17:06 em 03/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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>Torristimópolis</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 **COAF**².

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: relo - me Renda: relo - 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, 23 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 Tomar 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
Nivaldo Moreira Guimarães

Veículo: Motociclo

Modelo: Motocicleta CG 125 FAN ES

Ano: 2009 / 2010

Placa: IAJ-2447

Chassi: 9C9JC4120AR005892

Data do Acidente: 31/10/2017

Local e Data: Ribeirão BA 24/07/2018



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 da Distrital de Tomar do Geru -
24/07/2018 - 09:08:35
Selo TJSE 201829637002342
Acesso: www.tjse.jus.br/selos/23342



JUCIMARA GUIMARÃES REIS
Escrevante autorizada

SABEMI SEGURADORA 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 cotovelo direito (resposta) sendo operado em 11/10/17 tiradas com placa + parafusos desligado para intercessão. Recuperou alta em 13/10/17 por exames.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

descrito acima

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

DETROIT 517 years old 1880 to 1931
10:10 AM
10:30 AM ^{Received & forwarded}

-Jewell

5.000 0.940 sound wave 11.000 10.00
12.00 04 1

Corporation of Enniskillen 1960 22 04 10

Corporation very round 5.5 ✓ 10:30 2
with the 12/12

Visiting on Alton Rd, ✓ 10:00 AM 22
200; for 6/16/2022

ESTADO DE MINEIRINHO / FALTA

Carroll Good Surveyor

— RÉGIMENT DE L'ÉCOLE MILITAIRE
SWEDESE

Orlando Ferreira, Abre
Comunicação Transatletas
CNPJ - 11.300.4000-027

HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

**FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE**

DADOS DA INTERNACAO

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

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 12/10/13 21:

NOME: Nivaldo M. de Souza

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

Dr. Paulo Sampaio
Ortopedista
04/10/2013

Dr. Paulo Sampaio
Ortopedista
04/10/2013

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. Cigarras Branca de Irama - MUITO, 120 - zona Rural - Cristóvão
pelis 156 CEP: 49.270.000.
nomeia e constitui seu procurador: Pablo Rodrigo de Oliveira Souza, NACIONALIDADE
BRASILEIRA, ESTADO CIVIL SOLTEIRO, PROFISSAO EMPRESARIO, portador da cédula 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

038.240.295-29

Nome completo da vítima

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 Ioritinsípolis	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
 RECUZO INFORMAR

 SEM RENDA

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 BANCO
 Nome _____
 Agência Nro. _____ DV _____ Mês _____

 AGÊNCIA
 NRO.

DV

 CONTA
 NRO.

DV

4874

03

8564

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 AGÊNCIA
 NRO.

DV

 CONTA
 NRO.

DV

(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

de 20.18

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018



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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

01 AGO 2018

RECEBIDO

FATO

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

Endereço: RODOVIA ESTADUAL 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 Guimaraes

NIVALDO MOREIRA GUIMARÃES
Responsável pela comunicação

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



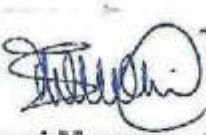
RELATÓRIO 01631 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

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


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

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

SABEMI SEGURADORA S/A
01 AGO 2018

RECEBIDO