

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010021752-4

Nr. da Autenticação 3A4AA7E15587CDFB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150331969 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/10/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE + FRATURA EM COLUNA CERVICAL + TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: TETRAPARESIA + AMPUTAÇÃO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DANO TOTAL EM EM FUNÇÃO VITAL + DANO TOTAL EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau completo - 100 %	100%	R\$ 13.500,00
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			100 %	R\$ 13.500,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2015

Carta n°: 7345807

A/C: CARLOS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150331969
Vitima: CARLOS DO NASCIMENTO
Data Acidente: 13/10/2014
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: CARLOS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 001

Agência: 000000612-2

Conta: 000010021752-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	13.500,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 100%) 100,00%

Valor a indenizar: 100,00% x 13.500,00 =	R\$	13.500,00
--	-----	-----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2015

Carta n°: 7345807

A/C: CARLOS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150331969
Vitima: CARLOS DO NASCIMENTO
Data Acidente: 13/10/2014
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: CARLOS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 001

Agência: 000000612-2

Conta: 000010021752-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	13.500,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 100%) 100,00%

Valor a indenizar: 100,00% x 13.500,00 =	R\$	13.500,00
--	-----	-----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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





MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 100993
CNS:DATA: 13/10/2014 HORA: 17:11 USUARIO: GRDANTAS
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 498470-M
 IDADE...: 42 ANOS NASC: 11/05/1972 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO...: RUA CASTELO BRANCO NUMERO: 281
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: NOVO HORIZONTE
 MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENT/MARIA JUSTINA DE JESUS
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 79 9942-85
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 89
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS).
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

Paroxismo de cãibras de dor. Em
 copa. Mais difícil de ingerir de álcool.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Voz parox. de fadiga (1) P. fadiga
 FR: 28 (C) Desfazendo de dor (C) Dor de dor (C)

DIAGNOSTICO:

Anfípodes Tumulto de 3º

PRESCRICAO

QD.

HORARIO DA MEDICACAO

Qd 1000ml em 2 doses diárias

Qd 100ml Sip IV em fa.

Dor 80 mg

Col 2574

2609

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



DOCUMENTO 5 *75%





DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (03411-1356) EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

10 - Registro Policial de Ocorrência 2015/06570.0-000039

DELEGACIA RESPONSÁVEL:

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

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (03411-1356) EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 13/10/2014 - 21:30 até 13/10/2014 - 21:30

Endereço: RUA MIGUEL JORGE NETO Número: Complemento: CEP: 49680-000

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

Tipo de local: VILA Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: ODAI VIEIRA DE FREITAS

Nome do pai: ANTÔNIO VIEIRA DE FREITAS Nome da mãe: MARIA DEUSDITE DE SANTANA FREITAS

Pessoa: Física P/CGC: 000.000.000-00 RG: 11758643 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 16/03/1974 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: LAVADORA Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: SITIO VILA GRANDE Número: Complemento: REGIONAL GLORIA

CEP: 4900-000 Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Tel: (034) 9967-8052

VÍTIMA

Nome: CARLOS DO NASCIMENTO

Nome do pai: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO Nome da mãe: MARIA JUSTINA DE JESUS

Pessoa: Física P/CGC: 000.000.000-00 RG: 11630086 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 11/05/1972 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: LAVADORA Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA VILA VILA Número: 109 Complemento:

CEP: 4900-000 Bairro: VILA HORIZONTE Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Tel: (034) 90428589

DOCUMENTO 11190

HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA 13/10/2014, POR volta das 21:30, NO LOCAL SUPRACITADO SEU PRIMO, CARLOS DO NASCIMENTO, VINHA CONDUZINDO A MOTO CICLETA HONDA TITAN ES, PLACA IAG 2278-SE, CHASSI Nº 9C2KC08508R125924, RENAVAM 989310892, EM DIREÇÃO A RUA NEVES REIS, MOMENTO EM QUE COLIDIU FRONTALMENTE COM UM ANIMAL (CACHORRO), SAINDO DA MOTO E LESIONANDO-SE FERIMENTO (LESÃO NA COLUNA E ESCORIAÇÕES), QUE PRESTA ESTE BO A FIM DE ACIONAR O SEGURO DPVAT.