

# 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 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 nº: 7345807

A/C: CARLOS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150331969  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2015

Carta nº: 7345807

A/C: CARLOS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150331969  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





MS/DATUSUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

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

USUARIO: GRDANTAS

## 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 NASCIMENTO/MARIA JUSTINA DE JESUS  
 RESPONSÁVEL...: O MESMO TEL...: 79 9942-8589  
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE  
 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: [X] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 13/10/2014

*Acidente de trânsito de moto. Em  
 movimento. Sinal clínico de morte de álcool.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*1. Paciente em estado de choque. 2. Paciente  
 com trauma de tórax e abdômen.*

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1. RL 200ml em 2 doses diárias  
 2. Analgésico 5mg IV q 4h  
 3. Dor no abdômen*

*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/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Solicitado RX de tórax + HMC + plaq*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME CARLOS DO NASCIMENTO	
	DIGITADOR, CDS, BANCOS 2143008 SEP SE
	CPF 589.002.395-87
	DATA NASCIMENTO 11/05/1972
FILIAÇÃO FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO MARIA JUSTINA DE JESUS	
SEXO MASCULINO	
COR BRANCO	
CÉLULA AB	
NÚMERO 02322482597	
VALIDADE 17/12/2014	
1ª EMISSÃO 15/10/1994	
SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura de Carlos do Nascimento	
LOCAL MOSSA SENHORA DA GLÓRIA, SE	
DATA EMISSÃO 24/02/2010	
Assinatura de Francisco do Nascimento	
18199909686 SE009701819	
DETRAN-SE (SERGIPE)	

DOCUMENTO 5 \*15%\*





**DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA**

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

**BO - 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:(0) 3411-1356 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 DA PALMA, JORGE NETO Número: Complemento: CEP: 49680-000

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

Tipo de local: VIAGEM Meio Empregado: OUTRO

**NOTICIANTE**

Nome: ODAIR JOSÉ DE FREITAS

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

Pessoa: Física 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: LAVADOR Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: SITIO DA GRANDE Número: Complemento: REGIONAL GLORIA

CEP: 49000-000 Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9967-8052

**VÍTIMA**

Nome: CARLOS DO NASCIMENTO

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

Pessoa: Física 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: LAVADOR Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA DA PALMA Número: 109 Complemento:

CEP: Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 90428589

DOCUMENTO 1 1170



**HISTÓRICO**

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