



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201977201391
Número Único: 0003299-04.2019.8.25.0048
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 11/09/2019
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: CARLOS DO NASCIMENTO
Endereço: RUA CAPELA,
Complemento:
Bairro: CENTRO,
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201977201391

DATA:

04/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200804172404465 às 17:24 em 04/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05978-1

CONTA: 00000005966-8

Nr. Autenticação

BRADESCO08082019050000000002370597800000005966253125 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190359407 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190359407

Cidade: Nossa Senhora da Glória

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO

Data do acidente: 21/06/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359407

Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359407 **Vítima: CARLOS DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 21/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS DO NASCIMENTO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: CARLOS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005978-1

Conta: 000005966-8

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

Nome completo da vítima:

588.002.395-87 Carlos Do Jascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Carlos Do Jascimento

CPF:

588.002.395-87

Profissão:

barrados

Endereço:

Rua do São do Vale

Número:

251 Carr

Bairro:

Araújo Rural

Cidade:

Maria Senhora da Glória

Estado:

SE

CEP:

49680-000

E-mail:

marcosdegloria@gmail.com

Tel.(DDD):

79-999189002

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

DADOS CADASTRAIS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5978 CONTA: 59 66
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVESTPREV

03 JUN 2019

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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 o 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Jessé Senhora da Glória; 29/05/2019

Nome:

CPF:

Carlos Do Jascimento

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

MORTE

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048378/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2019 13:54 Data/Hora Fim: 07/05/2019 14:03
Delegado de Policia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 21/06/2018 06:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Logradouro: povoado mandacaru

Bairro: Povoado

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 11/05/1972
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA JUSTINA DE JESUS Nome do Pai: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 588.002.395-87

RG - Carteira de Identidade: 1163008

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Nº: RUA F, CASA 33

Logradouro: CONJUNTO ARTUR DIAS

Complemento: CASA

CEP: 49.680-000

Bairro: CENTRO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 694.073.045-15

Placa OEM5907

Renavam 00490358055

Número do Motor KD05E5C024425

Número do Chassi 9C2KD0550CR024425

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES

Modelo HONDA/NXR150 BROS ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/10/2012

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Delegado de Policia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira

Página 1 de 2

Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 07/05/2019 14:03

Protocolo nº: Não disponível



INVESTPREV

03 JUN 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048378/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS DO NASCIMENTO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA GUIANDO A MENCIONADA MOTOCICLETA, MOMENTO EM QUE ESTA "DERRAPOU" PERDEU O CONTROLE E DESCEU PARA O ACOSTAMENTO DA PISTA, VIRANDO-A; QUE SE LESIONOU FISICAMENTE NO TORNOZELO ESQUERDO.

ASSINATURAS

A. J. de O. Madeiro
Alfredo José de Oliveira Madeiro
Responsável pelo Atendimento

Carlos do Nascimento
CARLOS DO NASCIMENTO
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

03 JUN 2019

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:

Nome completo da vítima:

588.002.395-87 Carlos Do Jascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Carlos Do Jascimento

CPF:

588.002.395-87

Profissão:

barrados

Endereço:

Rua do São do Vale

Número:

251

Complemento:

Casa

Bairro:

Araújo Rural

Cidade:

Maria Senhora da Glória

Estado:

SE

CEP:

49680-000

E-mail:

marcosdegloria@gmail.com

Tel.(DDD):

79-999189002

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

DADOS CADASTRAIS

- 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 59 66 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVESTPREV

03 JUN 2019

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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 o 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Jussia Senhora da Glória; 29/05/2019

Nome:

CPF:


 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

MORTE

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO-BE: 360640
CNS:DATA: 21/06/2018 HORA: 09:56 USUARIO: MRMSOUZA
SERVI: 02-CONSULTORIO ADULTO

Alo

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO
 IDADE...: 46 ANOS NASC: 11/05/1972
 ENDERECC.: RUA CASTELO BRANCO
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: NOVO HORIZONTE
 MUNICIPICO...: 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 AUTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIC DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSG: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU ABUS TRATO: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vitória de quando de norte c/ edema e
do fôlego no tornozelo (E.)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PREScriPCAO

HORARIO DA MEDICACAO

- R do tornozelo (E) justificada pela (E)

- Dicumarol 100 mg (E)

Exame p/ coagulacao.

INVESTPREV

03 JUN 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A DENTRO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO MENTALORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SEPARAR)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS []APOS 48HS

FAMILIA [] IMPL. ANAT. PATOL

Blaueyto Lemos da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
Clinica Medica
CEP: 49670-000
RG: 123456789



INVESTPREV

03 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, joão carlito F. Da Silva

RG nº 1048489, data de expedição 22/05/14,

Órgão 6SP/SE, portador do CPF nº 694.073.045-15,

com domicílio na cidade de N.Sra Da Glória, no Estado de

Minas Gerais, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Nivaldo Carlos Cruz, nº 963

complemento Laranja, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Carlito, 100 nascimeto, cujo o condutor era

Carlito, 100 nascimeto.

Veículo: moto Modelo: HONDA/NXR 150 Ano: 2012

Placa: 0EM 5907 Chassi: 9E2K00550CR024425

Data do Acidente: 21/06/18

INVESTPREV

03 JUN 2019

Local e Data: N.Sra Da Glória 07.05.19

Assinatura do Declarante

X José Carlito da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
HENRÍQUE MACIEL
RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem cl o padão reg. neste serventia. Dou fé.

Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Eduardo Alves da Silva
EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:49 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929574011872, Acessar:
<https://www.tjse.jus.br/xFLJBEG>

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
HENRÍQUE MACIEL, ANTONÍO HENRIQUE BIANCHI MACIEL SODA - Notário e Registrador
RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem cl o padão reg. neste serventia. Dou fé.

Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Eduardo Alves da Silva
EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:49 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929574011871, Acessar:
<https://www.tjse.jus.br/xFLJBEG>

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 546604

DATA: 21/06/2018 HORA: 12:22 USUARIO: JFSANTOS

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 1163008
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 11/05/1972 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA F LOTEMANTO ARTU DIAS NUMERO: 33
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-0
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENT/MARIA JUSTINA DE JESUS
 RESPONSAVEL...: ESPOSA ELISANGELA TEL....: 99839382
 PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 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: ___/___/___

*Ficou com mordida de fêmea**está tudo ok.**Tratamento*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Tio fui. Brindeira**TTO tingido**Dr. Lucas S. Lima*
Ortopedia / Traumatologo
CRM/SE 4770

INVESTPREV

03 JUN 2019

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. PAT

Elisangela Souza da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. SR^{DA} DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL SUS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Carios DO NASCIMENTO

SEXO M

NASCIDO EM

11/05/72

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Onede de mto c/ tisne no tornozelo
esquedo c/ edema e dor lard.

P → fistula de fístula C.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO E
CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

→ Diagnóstico. Olhar (Jm)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

AVANÇADO ORGÂNICO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

21/06/18

Dr. Antonio C. Pedroso
Clínica Médica
CRM/AL 4879
CRM/SE 3907

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 360640

DATA: 21/06/2016 HORA: 09:56 USUARIO: MRMSOUZA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 498470-M
 IDADE....: 46 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 9942-8589
 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: [] mmHg | PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vitória de queijo da noite c/ edema e
 dor lumbos no tornozelo (c.)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

→

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx do tornozelo (c) fratura da fibula (c)

- Dicumarol. obs (su)

Encaminho p/ ORTOPEDISTA.

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

Assinatura do paciente/Responsavel

[] FAMILIA [] IMI ANAT. PATOL

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
 Clinica Medica
 CRM/MS 1870
 CRM/MS 3987

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ESTA PREGAL DE GLÓRIA

卷之三十一

Guto Rabelo Vasconcelos
Tec. Psicólogo
CRF/PR 00404

2694 PF

Evolução de L'intermagem

entre modo e assinatura do Encartamento

EJOU/HJOU

[About](#) [Amaretti](#) [Vermes](#) [Lavender](#) [Cinnamon](#)

CLASSE LIGA AO DE RISCO

IA SIYNIS

RESPUESTA OBSERVADA		INDICADORES			
Advertencia	Alerta	Desorden	Desorden	Desorden	Motivación
<input type="checkbox"/>					
4	3	2	1		TOTAL
Advertencia	Alerta	Desorden	Desorden	Desorden	Motivación
<input type="checkbox"/>					
5	4	3	2		
Respeto	Verbal	Emocional	Despersonalizado	Intromisión	Intensidad
<input type="checkbox"/>					
10	9	8	7	6	5

ESTACION DE INTERNACIONES DA DOÑA MARÍA PINTOR DA SERRA

[MORE INFO](#) [READ MORE](#)

BRANDS SAME ESPECIALLY 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989

Historia Prepresso: DM HAS Creditos Ellipsis Fldegsisa

Digitized by srujanika@gmail.com

Qualifica: Agudado Crimíco

卷之三

ALGORITHM 10.15/E/CAO/BE/103

MISSISSIPPI GULF

HOSPITAL REGIONAL NOVA JOAQUIM SANTOS



Relatório Médico

O Sr. Carlos do Nascimento
sofreu em 21.06.2018
acidente de motocicleta, em
torno de 30 dias após
foi submetido a fto cirúrgico
para correção de fratura
em fibula à Esquerda.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria.se@gmail.com



INVESTPREV

03 JUN 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Carlos do nascimento (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Jornalista, portador da cédula de identidade RG nº 1163.008, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 588.002.395-87, residente na (endereço completo) Rua José Da Vila 251, na cidade de N.Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) João Marcos O. Rosa (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 2.233.829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua Dr. Silveira, na cidade de N.Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Carlos do nascimento junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N.Sra Da Glória/SE, 29/05/2019

(assinatura) Carlos do nascimento

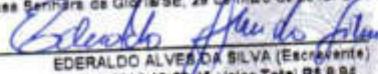
(RG) 1163.008

 **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**
ANTÔNIO HENRIQUE SÁVIO DE MACIEL SILVA - Juiz da Registrador
HENRIQUE MACIEL

Rua Edécio Vieira da Mello, 20
Centro - Fazenda Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1385
E-mail: 2gloria@tjse.jus.br

RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade a firma indicada de CARLOS DO NASCIMENTO que
conferiu c/ o padrinho reg. neste serventia. Dau fl.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dau fl.


EDERALDO ALVES DA SILVA (Excevente)
28/05/2019 12:30:15 Valor Total: R\$ 0,00
Selo TJSE: 201929574011673, Acesse:
<http://www.tjse.jus.br/tjse/G8CQ3X>



INVESTPREV
03 JUN 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190359407**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

POV JOAO DO VALE , 251, CASA - AREAL RURAL - Nossa Senhora da Glória - SE - CEP 49680-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **1.163.008**

Data e local do acidente: [**21/06/2018**] **NOSSA SENHORA DAS DORES**

Data e local do exame: [**28/06/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA Perna E MALÉOLO, CALO ÓSSEO, ATROFIA RESIDUAL DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS De FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS NA FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA; EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 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 sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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
a valoração do dano corporal.

Manoel Otacílio Nascimento Júnior

NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

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 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: _____

Pain abdominal by coida de auto. Em copa. Mais dor de mictes de alcool.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM *Vias Paroxissimais ① Per. fadiga*
HR: 28 *BP: 130/80* *Temp: 37,5°C* *Urgencia by alcool*

DIAGNOSTICO:

Anormalidades de sanguíneas

PRESCRICAO

QD

HORARIO DA MEDICACAO

*Qd 1000ml em 2 doses diárias**Qd 1000ml Sing IV à noite**Horário**Cod 2574**2609**3*

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.

Foto: Gisele dos Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Solicito Rx de tóxica + NMG + plaq
OK



DOCUMENTO 5 *75%





DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE:(0 3411-1356 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:(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 JOSÉ G. JORGE NETO Número: Complemento: CEP: 49680-000

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

Tipo de local: VILA Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: ODALICE 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 GLORIA 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 GLORIA UF: SE

Proximidades: Tel: 73-9967-8052

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 GLORIA 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 ALTA Número: 109 Complemento:

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

Proximidades: Tel: 73-99428589

DOCUMENTO 11190

HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA 13/10/2014, POR volta das 21:30 HORAS, NO LOCAL SUPRACITADO SEU PRIMO, CARLOS DO NASCIMENTO, VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA 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 FERIDAMENTE (LESÃO NA COLUNA E ESCORIAÇÕES). QUÉ PRESTA ESTE BO A FIM DE ACIONAR O SEGURO DPVAT.