



**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	Distribuição: 11/09/2019
Número Único: 0003299-04.2019.8.25.0048	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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: 000000005966-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0808201905000000000023705978000000005966253125 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 TORNOZELO 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 TORNOZELO 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



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, retorne 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: 688.002.395-87 Nome completo da vítima: Carlos Do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Carlos Do Nascimento CPF: 688.002.395-87

Profissão: baixista Endereço: Rua do João do Vale Número: 251 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Nossa Senhora da Glória Estado: SE CEP: 49680-000

E-mail: lancardesploria@gmail.com Tel.(DDD): 79-99989007

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

RENDA MENSAL:

☒ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 5978 1 CONTA: 5966 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

- ☐ Não há IML que atenda 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 fins de 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 Líder 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.

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Nossa Senhora da Glória, 29.05.2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



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

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2019 13:54 Data/Hora Fim: 07/05/2019 14:03
Delegado de Polícia: 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

Logradouro: CONJUNTO ARTUR DIAS

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Nº: RUA F, CASA 33

CEP: 49.680-000

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 Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro
Data de Impressão: 07/05/2019 14:03
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

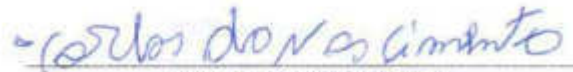
Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS DO NASCIMENTO	Proprietário

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


Alfredo José de Oliveira Madeiro
Responsável pelo Atendimento


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:
	688.002.395-87	Carlos Do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Carlos Do Nascimento	688.002.395-87	
Profissão:	Endereço:	Número:
baixador	Resado deão do Vale	251
Bairro:	Cidade:	Estado:
Área Rural	Nova Senhora da Glória	SE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
marcosdegloria@gmail.com	49680-000	79-99989007

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <u>5978</u> <u>1</u> CONTA: <u>5966</u> <u>8</u>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

- ☐ Não há IML que atenda 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 fins de 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 Líder 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: <u>Nova Senhora da Glória, 29.05.2019</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
<u>Carlos Do Nascimento</u>	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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
SECTOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: MRMSOUBA

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 FERMINO DO NASCIMENTO/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 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: ___/___/___

Vitima de queda de moto e edema e
do local no tornozelo (E)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- R do tornozelo (E) fratura da fibula (E)

- Dica: não. Obs (E)

Exame P/ Otorrinolaringologista.

INVESTPREV

03 JUN 2019

DATA DA SAIDA:

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIR [] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO HOSPITAL

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL SETOR:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

FAMILIA [] IME

ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
Clínica Médica
CRM 1670
1987

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CARLOS DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
 1163008 **SSP** **SE**

CPF
 588.002.395-87

DATA NASCIMENTO
 11/05/1972

PERIÇÃO
 FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO
 MARIA JUSTINA DE JESUS

PERMISSÃO
ACC **CEITHB**
AB

APROVADO
 00302482597

VALIDADE
 22/04/2020

PRIMEIRAÇÃO
 15/10/1994

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO

Carlos do Nascimento

LOCAL
 ARACATU, SE

DATA DE EMISSÃO
 27/04/2015

Edgard Sardenha da Silva Neto
 DIRETOR - PRESIDENTE

05190951566
88016593928

DETRAN - SE (SERGIPE)

VÁLIDOS EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1087613854

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1087613854

INVESTPREV

03 JUN 2019

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, Jose Carlito F. Da Silva

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

Órgão GSP/SE, portador do CPF nº 694.073.045-15

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

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Abulon Carlos Cruz, nº 963

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

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

Carlos do Nascimento, cujo o condutor era

Carlos do Nascimento

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

Placa: DEM 5907 Chassi: 9E2 K 00 550C R024425

Data do Acidente: 21/06/18

INVESTPREV**03 JUN 2019**

Lugar e Data: N. Sra. da Glória 07.05.19

Jose Carlito F. Da Silva
Assinatura do Declarante

Carlos do Nascimento
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**
Rua Ederio Vieira de Melo, 20
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1365
Extra: 2gloria@tjse.jus.br

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Ederaldo Alves da Silva
EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:43 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929674011872, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/FLJPMGP>



 **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**
Rua Ederio Vieira de Melo, 20
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1365
Extra: 2gloria@tjse.jus.br

Reconheço por autenticidade as firmas indicadas de JOSE CARLITO FRANCISCO DA SILVA, CARLOS DO NASCIMENTO que conferem c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.

Ederaldo Alves da Silva
EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
29/05/2019 12:27:49 Valor Total R\$ 17,88
Selo TJSE: 201929674011871, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/FLJPMGP>



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 546604
CNS:DATA: 21/06/2018 HORA: 12:22 USUARIO: JFSANTOS
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: / /

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

INVESTPREV

03 JUN 2019

Dr. Lucas S. Lima
Ortopedia / Traumatologia
CRM/SE 4778

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^a DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL SUS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

casos 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

Queda de peso c/ traque no torax
espumoso c/ edema e dor local.

R -> fístula de filete (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)

Dr. Diogenes Oliver (Jm)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Ausência de oxigênio

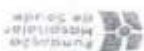
DATA DO ENCAMINHAMENTO

21/06/18

Dr. Antonio C. Pedrosa
Clínica Médica
CRP/AL 4879
CRM/SE 3807

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS		HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA	
No. DO BE: 360640		DATA: 21/06/2018	HORA: 09:56
CNS:		USUARIO: MRMSOUBA	
		SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: CARLOS DO NASCIMENTO	DOC...	: 498470-M
IDADE.....	: 46 ANOS	NASC:	: 11/05/1972
ENDERECO.....	: RUA CASTELO BRANCO	SEXO...	: MASCULINO
COMPLEMENTO...	: CASA	NUMERO:	: 281
MUNICIPIO.....	: NOSSA SENHORA DA GLORIA	BAIRRO:	: NOVO HORIZONTE
NOME PAI/MAE...	: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO/MARIA JUSTINA DE JESUS	UF:	: SE
RESPONSAVEL...	: O MESMO	CEP...	: 49680-000
PROCEDENCIA...	: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	TEL...	: 79 9942-8589
ATENDIMENTO...	: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)	TRAUMA:	: NAO
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE....	: 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 CU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___	
<i>Vitima de queda de moto e edema e dor local no tornozelo (E)</i>			
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
<i>- R do tornozelo (E) fratura da fibula (E)</i> <i>- Dificuldade. Obs (E)</i> <i>Exame P/ ORTOPEDISTA.</i>			
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		[] FAMILIA [] IMPAT. ANAT. PATOL	
<i>Olavete Raulo do Sant</i>		<i>Dr. Antonio C. Pedrosa Neto</i> <i>Clinica Medica</i> <i>SENAI 4870</i> <i>21/06/2018</i>	
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO	



Hora da classificação:

Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico

Peso: _____ (Kg)

Profissão:

História Pregressa:

DM ☐

HAS ☐

Cardiopatia ☐

Enfisema ☐

Tuberculose ☐

Alergia Medicamentosa: ☐ Não ☐ Sim, Especificar: _____

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim, Qual(is)? _____

INDICADORES

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura dos olhos	Resposta verbal	Resposta motora
4 Espontânea	5 Orientada	6 Obedece ao comando
3 Verbal	4 Confusa	5 Localiza dor
2 Dor	3 Palavras inapropriadas	4 Reação inespecífica
1 Sem resposta	2 Palavras incoerentes	3 Flexão anormal
	1 Sem resposta	2 Estímulo dolor
		1 Sem resposta
TOTAL		

SINAIS VITAIS:

FC (bpm)	FR (rpm)	SpO2 (%)	Tem °C	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

Carimbo e Assinatura de Enfermeiro

Evolução de Enfermagem

Data/Hora

Guto Rabelo Vasconcelos
Téc. Radiologia
CRTR 00404

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA
Rua São João nº 100 - Centro - Glória - SE

Relatório Médico

O Sr. Carlos do Nascimento
foi em 21.06.2018 sofreu
acidente de motocicleta, em
torno de 30 dias após
foi submetido a 1to cirúr-
gico na correção de fratura
em fíbula 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CARLOS DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / RG / EMERGÊNCIA
 1163008 SSP SE

CPF
 588.002.395-87

DATA NASCIMENTO
 11/05/1972

PERIÇÃO
 FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO
 MARIA JUSTINA DE JESUS

PERMISSÃO
 ACB AB

RF RENOVATO
 00302482597

VALIDADE
 22/04/2020

PRIMEIRA EMISSÃO
 15/10/1994

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO

Carlos do Nascimento

LOCAL
 ARACATU, SE

DATA DE EMISSÃO
 27/04/2015

Edgard Sardenha da Hora Neto
 DIRETOR - PRESIDENTE

DETRAN - SE (SERGIPE)

VÁLIDOS EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1087613854

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 1087613854

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) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 1163008, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 588.002.395-87, residente na (endereço
completo) Rua João Da Val 251, na cidade de
N. Sra. Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos D. O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Saneiros, na cidade de
N. Sra. Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios 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) 1163008

INVESTPREV

03 JUN 2019

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**
HONRÁVEL ANTONIO HENRIQUE BILACQUE MACIEL SILVA - Juiz de Direito
RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de CARLOS DO NASCIMENTO que
confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de maio de 2019. Dou fé.
Ederaldo Alves da Silva
EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
28/05/2019 12:30:15 Valor Total: R\$ 8,84
Selo TJ/SE: 201929574011673. Acesso:
<http://www.tjse.jus.br/s/GSCQ3X>

Rua Edécio Vieira de Melo, 20
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
CEP: 49680-000 - Fone: 79 3411 1305
Extra: 2gloria@tjse.jus.br



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?

[☒] 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)?

[☒] 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.



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 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.

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.

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
 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: [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: 11/10

*Acidente com queda de moto. Em
 contato com a policia de trafego de alcool.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

11/10/2014 - 17:11 - 11/10/2014 - 17:11 - 11/10/2014 - 17:11

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) RL 1000ml em 2 doses diarias
 2) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 3) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 4) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 5) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 6) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 7) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 8) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 9) Dorflex 500mg IV 1x/dia
 10) Dorflex 500mg IV 1x/dia*

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

Solicitado Rx de torax + HMGc + plaq

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME CARLOS DO NASCIMENTO	
	DOC ORIGINAL, OUT. PASSADO EM 2143008 SEP SE
	CPF 589.002.395-87 DATA NASCIMENTO 11/05/1972
	RENÇÃO FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO MARIA JUSTINA DE JESUS
	RENÇÃO AB
02322482597	17/12/2014 15/10/1994
SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura de Carlos do Nascimento	
LOCAL MOSSA SENHORA DA GLORIA, SE	DATA EMISSÃO 24/02/2010
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 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 DE FREITAS

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

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

Endereço: SITIO DO 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 INSCRG: 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: 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 JORGE NETO, MOMENTO EM QUE COLIDIU FRONTALMENTE COM UM ANIMAL (CACHORRO), LESIONANDO-SE FORTEMENTE (LESÃO NA COLUNA E ESCORIAÇÕES). QUE PRESTA ESTE BO A FIM DE ACIONAR O SEGURO DPVAT.