

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

BRDESCO0808201905000000000023705978000000005966253125 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

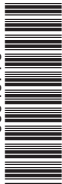
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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: barricador 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 de quem assina A ROGO

Carlos Do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



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

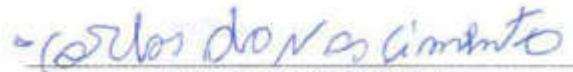
Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS DO NASCIMENTO	Proprietário

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: 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.

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/ OSTEODIST.

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

[] IMPLANTADO

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 / CORES: BRANCO / P/B
1163008 **SSP** **SE**

CPF **588.002.395-87** **DATA NASCIMENTO** **11/05/1972**

PERIÇÃO
FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO
MARIA JUSTINA DE JESUS

PERMISSÃO **ACC** **CAT.VEH**
AB **AB**

RF RENOVATO **00302482597** **VALIDADE** **22/04/2020** **PRIMEIRAÇÃO** **15/10/1994**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Carlos do Nascimento

LOCAL **ARACAJU, SE** **DATA DE EMISSÃO** **27/04/2015**

Edgard Sardenha da Hora Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

05190951566
88016593928

DETRAN - SE (SERGIPE)

VÁLIDA 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/FLJ3REG>



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

Unidade de risco c/ trauma no tornozelo
espumoso c/ edema e dor local.

R -> fratura de fíbula (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

Avaliação de ortopedistas

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
CNS:DATA: 21/06/2018 HORA: 09:56
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: MRMSOUZA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS DO NASCIMENTO DOC...: 498470-M
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 11/05/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: 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 9942-85
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: ___/___/___

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

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

- Dificuldade. Obs (E)

Encaminhado P/ ORTOPEDISTA.

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIOHORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IMPLANT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio C. Pedrosa Neto
Clínica Médica
CNPJ 1870
11/06/2018

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES MELO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Hora da classificação: _____

Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico

Peso: _____ (Kg)

Profissão: _____

História Pregressa: ☐ DM ☐ HAS ☐ Cardiopatia ☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐

Alergia Medicamentosa: ☐ Não ☐ Sim, Especificar: _____

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

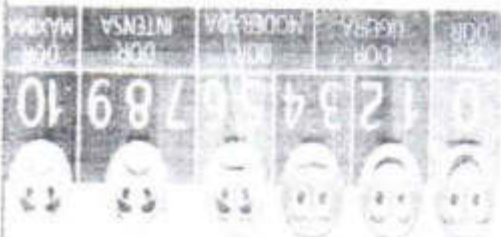
INDICADORES

Abertura Ocular	Esponia	4	3	2	1
Resposta Verbal	Orientada	5	4	3	2
Resposta Motora	Obedece ao comando	6	5	4	3

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

TOTAL

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



ESCALA DA DOR

Tram-u-ron 00

SINAIS VITAIS:

Hora	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: 1163008 **SSP** **SE**

CPF: 588.002.395-87 **DATA NASCIMENTO: 11/05/1972**

PERIÇÃO: FRANCISCO FIRMINO DO NASCIMENTO
MARIA JUSTINA DE JESUS

PERMISSÃO: 1 **ACE: 1** **DEFINIR: AB**

RF RENOVADO: 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)

VÁLIDA 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
ANTÔNIO HENRIQUE BILHARQUE 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/sig/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