

SEGUROADORA LIDER - DPVAT



SOM

Diretor Técnico:
Dr. Manoel Fernandes da Silveira
CRM Nº - 2999 RQE Nº - 1350

Antônio Vieira Gonçalves dos
Santos, 58 anos

@Prostética prôtese

- Paciente sofreu acidente
motorveicular em 07/10/2019,
se travou em freio, sem cintos.
- Queixas de dor crônica na
perna esquerda e hiperalgesia
à dor.
- Encontro de 15 de mar e re-
correr auxílio DPVAT
em 505.9

09/03/2020

Rua Pedro Velho, 320 - Sala 04 - Santo Antonio - Mossoró/RN
Fone: 84 3317 3227 - E-mail: som-ortopedia10@hotmail.com

CNPJ:14.063.305/0001-57

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 1.690

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 001.011.735 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/05/2016

NOME ANTÔNIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO VENTURA GADELHA MARIA EUGENIA LOPES GADELHA

NACIONALIDADE ROSSO RU DATA DE NASCIMENTO 13/10/1961

PROVA CERT. DE CASAMENTO L-237 ROSSO RU-4 CARTÃO

CPF 537.352.704-25

Josebias Ferraz de Azevedo
Coordenador de Identificação
Assinatura do Coordenador de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/55

CS Scanned with CamScanner

Vítima

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
RIO GRANDE DO NORTE
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CS Scanned with CamScanner



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 63391 /2019

Admissão: 07/10/2019 08:45:46

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 50619 - ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS (58 a 1 d)

Nascimento: 13/10/1961

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 702803677753760

CPF: 63735270425

Prof:

Mãe: MARIA EUGENIA LOPES GADELHA

Pai: FRANCISCO VENTURA GADELHA

Logradouro: BARRINHA, 0

CEP: 59607100

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.996896751

Compl: DADOS CORRIGIDOS

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDA VIA SAMU

Classificação:

PESO:

07/10/2019 08:41:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISÃO MOTO X BICICLETA. APRESENTA TRAUMA DE FACE, CORTE CONTUSO COM DUAS LESÕES EM MSD, TRAZIDA EM PROTOCOLO

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO 1ª VIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 07/10/2019
3115
SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/19.

Hr:

;

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 14 de Outubro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEF 445/12

[illegible]

Caștel de Brâncuși este o construcție deosebită, deosebită de celelalte din România, deosebită de celelalte din lume. Este o construcție deosebită, deosebită de celelalte din România, deosebită de celelalte din lume.

[illegible]

INTRODUCTION

O presente trabalho tem por finalidade a partir da interpretação da perspectiva de Foucault de "discursos", estabelecer a construção da identidade do indivíduo no ambiente escolar.

<http://www2.spc.spc.ch/SPC/DT6/0678/06003016/KALAS98CTIPD=13CUBGC=19636>

A Circular SUSP nº 445/12, de 11/06/12, prevê que a intervenção do FMI no mercado regulado determina que todas as seguradoras são obrigadas a apresentar evidências das suas atividades no pagamento de indenizações. Este cenário deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da produção e de perda de renda normal, além da respectiva documentação comprobatória.

A responsabilidade técnica das intervenções de ampliação e reforma, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro SVCA, cobrada, por determinação da Superintendência, e esta responsabilidade é passível de transferência ao COAP.

Supervisão e controle de atividades privadas - SUPCO, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, fiança e resseguros. - Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, responsável pelo controle, supervisão e fiscalização das instituições financeiras, seguradoras, corretoras e instituições de previdência supletiva de atividades econômicas exercidas no País. 015/96.

File usage: 0

Luizvaldo Gadelha dos Santos

Inscrição (a) do CNP/UNEP: 034136574, 52 na condição de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficência

Antonia Lucia Gadelha dos Santos

inscribed to: NY CPE 505 a NA 637 352704, 25

do Ministério do DEPUTADO CONSTITUENTE Amalio de VÍTIMA Antônia Lucia gadelha dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o N.º 637352704, 25 conforme determinação da Circular Supracitada nº 445/12;

Nome do Proletário: Leandro Endere: Leandro e apresenta no documentos anexo probatórios.

IX **Processo informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a seguradora Líder-OPMAT, possuir no endereço acima, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Av. Barão	Número:	65	Complemento:	Casa
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Monção	Estado:	PR
E-mail:	Uso: Povo			CEP:	59 600-003
					(84) 99827-0066

Local e-Books

Honors - Re 53/55/59

X LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mendonça, 150. 5º.º Andar. Natal - RN CEP 59025-250
CNPJ nº 12.135.600/01-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cern.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO BOX 1545 EN

CONA RURAL/GEAR/RURAL
MOSCORON
59600-001

59502-001

7015383042 09/2019
25/09/2019 18/10/2019
129

100019256	Q9CA	16002019
16002019	321152453	556371

Companhia: **AmorEnergia**
 Endereço: **Rua Bandeira V. Hermelina**
 Cidade: **Jum. Póvoa do Varzim**
 Morada: **Av. do Brasil 10, 4710-010 - 4710-010**
 Telefone: **00351 253 313190 - 253 313191**

QUANTIDADE	PREÇO(€)	VALOR(€)
155,000000	0,62652003	197,110527
		8,81
		10,02
		0,88
		0,06

129.29

Nº DO PROCESSO	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LÍQUIDA	ATUAL DATA LÍQUIDA	Nº DE DIAS	CONTRATANTE	AJUSTE	PERÍODO (R\$)	
1073503	CAJ	21/04/2019	06/06/2019	46	636,00	27	1.0000	1.59,00

[illegible]

Copyright © 2005 by Pearson Education, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is protected by copyright. All rights are reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Pearson Education, Inc. For more information, contact Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116.

[illegible]



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mendonça, 150. Dário, Natal - RN CEP 59025-250
CNPJ nº 12.155.002/01-81 | Insc. Est. 20065199-0 | www.cern.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO BOX 1545 EN

CONA RURAL/SEARURBAN
MISSECORDIN
59600-001

59504-001

7015383042 09/2019
25/09/2019 18/10/2019
129

110019250	Q9CA	10/05/2013
110019250	Q9CA	10/05/2013
110019250	Q9CA	10/05/2013

Campus Aurovillense
Acesso em Barreira Vermelha
Cidade Limpa - Pádua Municipal
Mala não atende NF 029131990 - 23/08/19
Juma por atendimento NF 029131990 - 23/08/19

QUANTIDADE	PREÇO(%)	VALOR(%)
135.000.000	0,6252033	106.872.881,05
		8.611.000,00
		10.000.000,00
		0,00
		0,00

129.29

Nº DO MEMBRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE UNDS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1033503	CAI	21/04/2019	98.500,00	14/04/2019	14.630,00	27	1,00000		1.99,00

[illegible][illegible][illegible]



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 600

Mossoró 21 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS, 58 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente automobilístico: Colisão Moto x Bicicleta

Data da Ocorrência: 07/10/2019

Local da ocorrência: BR-405/ Viaduto para Apodi

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 02

Hora do Chamado: 08h 05 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS , 58 anos**, portador de **RG: 001.011.753**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-2

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 637 352 704 - 25 3 - CPF da vítima: 637 352 704 - 25 4 - Nome completo da vítima: Antonia Lucia Gadelha dos Santos

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

5 - Nome completo: Antonia Lucia Gadelha dos Santos 6 - CPF: 637 352 704 - 25
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Barquinha 9 - Número: 65 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Moreira 13 - Estado: PR 14 - CEP: 59 600 - 003
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 999827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 6880 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 do 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vermelho)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34

Assinatura legível da quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível da quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 637.352.704-25 4 - Nome completo da vítima: Antonia Lucia Gadelha dos Santos

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

5 - Nome completo: Antonia Lucia Gadelha dos Santos 6 - CPF: 637.352.704-25
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Barquinha 9 - Número: 65 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59.600-003
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 999827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 6880

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

22 - 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 os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 do 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nô Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34

Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

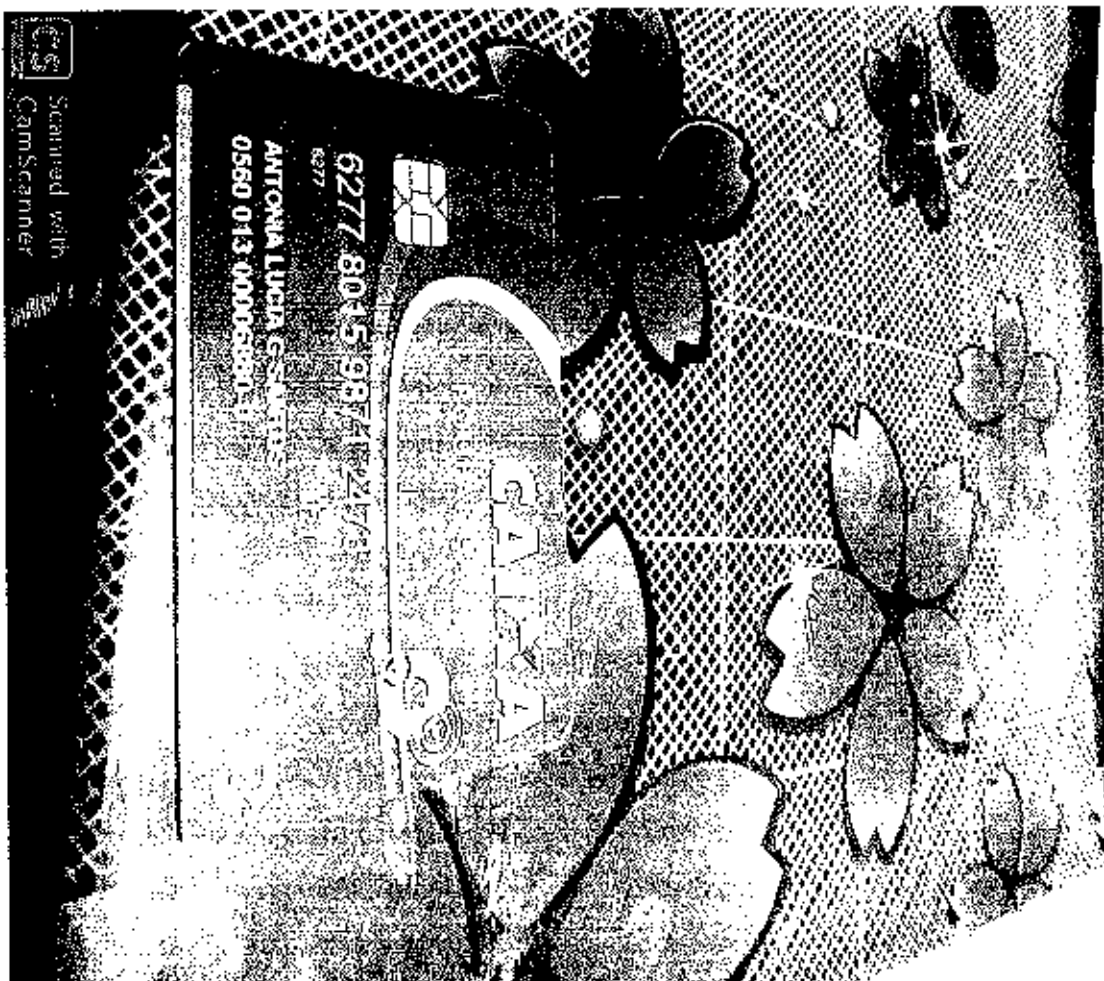
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055627/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/10/2019 08:05

Data/Hora Fim: 30/10/2019 08:26

Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 07/10/2019 08:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: BR-405, PROXIMO AO POSTO DE COMBUSTIVEL

Ponto de Referência: Na descida do viaduto

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 25/12/1980

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Antonia Lucia Gadelha dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 034.716.574-52

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Sítio Barrinha

Nº: 65

Bairro: zona rural, RN 015

Telefone: (84) 99475-2747 (Celular)

Nome Civil: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Feminino

Nasc: 13/10/1961

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Eugenia Lopes Gadelha

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 637.352.704-25

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: sítio Barrinha

Nº: 65

Bairro: zona rural, RN 015

Telefone: (84) 99475-2747 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 EM UMA BICICLETA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055627/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 405.864.724-87	Placa QGJ1465
Renavam 01123894505	Número do Motor KC22E0H049928
Número do Chassi 9C2KC2200HR049928	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/07/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos


Lucivaldo Gadelha dos Santos

Possuidor


RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que na data, hora e local supracitados, pilotava a motocicleta já descrita(ver objetos), conduzindo na garupa a senhora Antonia Lucia Gadelha dos Santos, trafegando no sentido Apodi/Mossoró pela BR-405, quando após passar o viaduto, envolveu-se em uma colisão com um ciclista que seguia em sua frente, no momento em que o ciclista saía do lado direito da via para acessar o retorno no canteiro central. Que as vítimas foram socorridas pelo SAMU para o HRTM; Que o registro do B.O é para fins de DPVAT; Que não deseja representar criminalmente contra o ciclista; Que não sabe indicar testemunhas do acidente. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Cid Ney Fernandes Celis
Agente de Polícia Civil
Matr.: 108.172-1

Cid Ney Fernandes Celis
Agente de Polícia
Matrícula 108.172-1
Responsável pelo Atendimento


A LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
Lucivaldo Gadelha dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins do drito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime contra a Administração do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DA LESÃO E EM CASO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ENVIAR A FOLHA CIRÚRGICA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

**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: **3200007661**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

POVOADO BARRINHA, 65 - Mossoró - RN - CEP 59600-020

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**itep /RN**] **001.011.053**

Data e local do acidente: [**07/10/2019**] **BR 405,bairro Aeroporto,Mossoro,RN**

Data e local do exame: [**18/03/2020**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

trauma de face e crânio e escoriações em membros inferiores

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

Apresenta cicatrizes dos ferimentos em joelho D, pé e tornozelo direitos e antebraço direito,sem limitações de movimentos e não apresenta deficit em face

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.

Vítima de acidente de moto onde sofreu traumatismo em face e crânio, ferida corto contusa em face medial e lateral do terço proximal do antebraço direito,sem fraturas, ferimentos em pé D, tornozelo D e joelho direito,sem fraturas, trauma de face com hematoma infraorbitário direito com dor a palpação no mesmo lugar, realizou radiografias e tomografia sem evidenciar fraturas, ficou de observação por 12 hs e teve alta. Evoluiu sem complicações.Altas médica

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:

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

(X) "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):

% 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.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATELA E TRANSMISSÃO
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006930/20

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

CPF: 637.352.704-25

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS : 034.716.574-52

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS : 637.352.704-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
CPF: 034.716.574-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006930/20

Número do Sinistro: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

CPF: 637.352.704-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
CPF: 034.716.574-52

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006930/20

Número do Sinistro: 3200007661

Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

CPF: 637.352.704-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS : 034.716.574-52

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
CPF: 034.716.574-52

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Lucia Gadelha dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Autônomo, Data do Acidente 04/10/19
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 001.011.753, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 634.352.704-25 residente no(a)
Po Borvinha nº 65,
bairro: Zona Rural, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Lucivaldo Gadelha dos Santos, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
001.958.648, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 034.716.544-52 residente
no(a) Rua Po Borvinha nº 65,
bairro: Zona Rural, município: Mossoró / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró RN 14/01/2020

Local e Data



Antonio Lucia Gadelha dos Santos
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira

R. Vicente Sabóia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84) 3317-481
Tribunal: Edmar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2020-080582

Reconheço por autenticidade a firma de:
ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

Assinado na presença de: Doi

Em testemunho da verdade

Mossoró - RN, 14/01/2020 05:48:44

ELISABETH DE MOURA VIEIRA TABELIA SUBSTITUTA

SELO DIGITAL RN202008049040000213RQH

Para consultar o selo, acesse:

<https://repositorio.tjrn.jus.br>

EMUL RS 2.93 PORCPN RS 8.00 FOL RS 8.00

125 RS 1.00 FUNAF RS 8.00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Antonio Luis Godelhe dos Santos
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO: Autônomo
 IDENTIDADE: 001.011.753 CPF: 637.352.704-25
 ENDEREÇO: Po. Bonvinha 65 Zona Rural Mossoro RN

OUTORGADO

NOME: Luci Valde Godelhe dos Santos
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO:
 IDENTIDADE: 001.958.648 CPF: 034.716.574-52
 ENDEREÇO: Po. Bonvinha 65 Zona Rural Mossoro RN

NOME DA VÍTIMA: Antonio Luis Godelhe dos Santos
 DATA DO ACIDENTE: 04/10/19 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constam do CONSORCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoro 30/10/2019

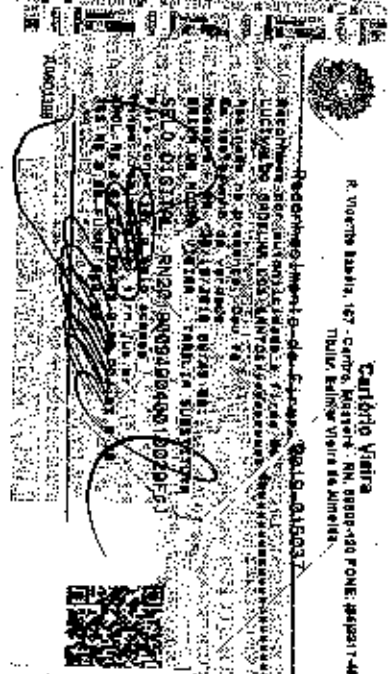
LOCAL E DATA



Antonio Luis Godelhe dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007661 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007661 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: trauma de face e cranio e escoriações em membros inferiores

Descrição do exame físico: Apresenta cicatrizes dos ferimentos em joelho D, pé e tornozelo direitos e antebraço direito, sem limitações de movimentos e não apresenta deficit em face

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu traumatismo em face e crânio, ferida corto contusa em face medial e lateral do terço proximal do antebraço direito, sem fraturas, ferimentos em pé D, tornozelo D e joelho direito, sem fraturas, trauma de face com hematoma infraorbitário direito com dor a palpação no mesmo lugar, realizou radiografias e tomografia sem evidenciar fraturas, ficou de observação por 12 hs e teve alta. Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela


Data do exame físico: 18/03/2020

Conduta mantida:


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
		Total	0 %	R\$ 0,00




ERIVALDO GADIELA DOS SANTOS



DOE IDENTIDADE FORM. EMISSOR: SP
001888848 1228 88

CPF
036.716.874-52

DATA NASCIMENTO
25/12/1980

Nome
ERIVALDO PATRICIO DOS SANTOS

Nome da Mãe
ANTONIA LUCIA GADIELA DOS SANTOS

Matrícula
06720780756

Validade
12/07/2023

Exatidão
25/12/2016

ERIVALDO GADIELA DOS SANTOS

Local Emissão
MOSSORO, RN

Data Emissão
02/01/2016

Assinatura do Emissor
Luiz Estênio Medeiros Pereira
Director Geral - Detran/RN

Assinatura do Emissor
00224913705
00702783689

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDEM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1486903029
 PROIBIDO PLASTIFICAR
1486903029