



SOM

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

Antônio Vieira Gonçalves dos
Santos, 58 anos

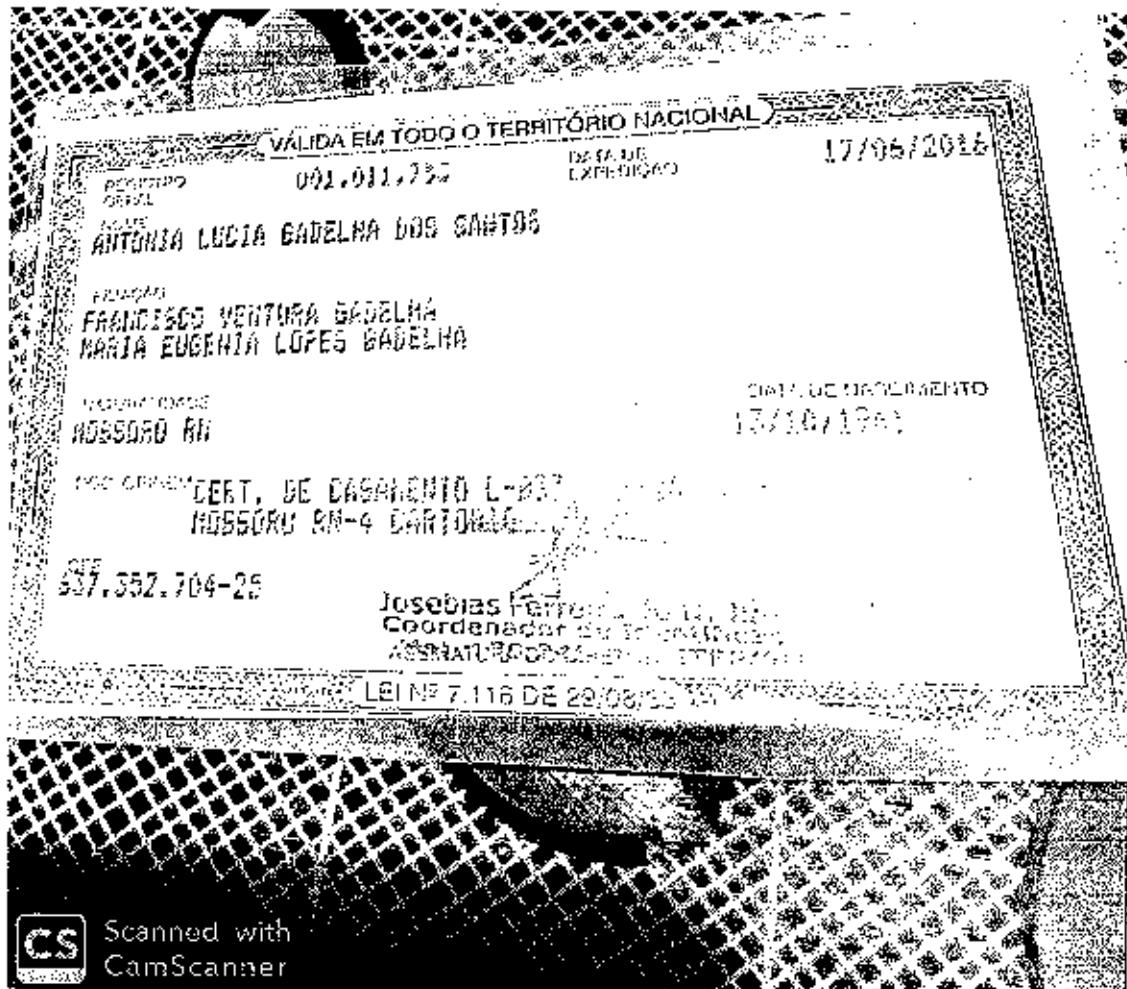
Ortopédia pélvica

- paciente subiu ao ponto
motociclista em 07/10/2019,
caiu de tronco em pé, sem ferimentos.
- realizou-se no dia 04/11/2019
radiografia da pelve
à neutra.
- encontra-se no momento
sem auxílio de prótese
an. 505.9

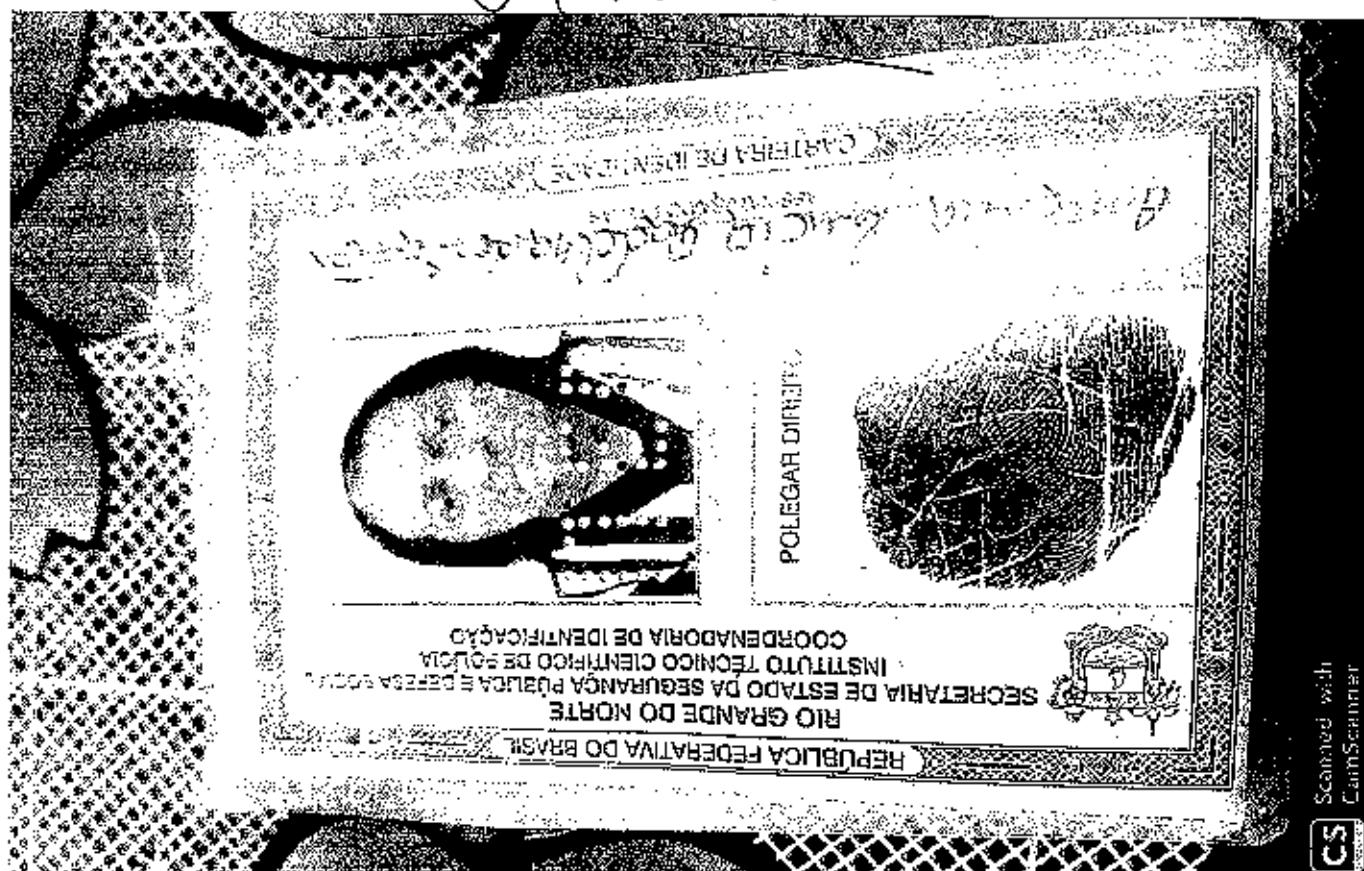
09/03/2020

Rua Pedro Velho, 320 - Sala 04 - Santo Antônio - 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 - 149960



Vítima





CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 50619 - ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS (57 a 11 m 25 d)

Nascimento: 13/10/1961 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: CPF: 63735270425 Prof:
Mãe: MARIA EUGENIA LOPES GADELHA Pai: FRANCISCO VENTURA GADELHA
Logradouro: ANTONÍO VIEIRA DE SA, 14050
CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORÓ
Telefone: 84 33153390 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

*Empresat

OBS: TRAZIDA VIA SAMU	Classificação: 07/10/2019 08:41:06	PESO:							
HORA 00/10/00	P.A. 90/110	HGT 153	SatO2 93	FI02 23	F.R. 120	F.C. 120	TEMP. 36.5	Glasgow 10	RTS 0

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

QUESTION: 6

PROTOCOLOS

Paciente vítima de colisão moto-bicicleta há 40 min. Nege Perde de consciência, vomitos. Entedor com capacete. Traçado pelo Protocolo de SAMU.

- pele brilhante de TTMV.

 - A- Vias cereais perivais, com edema cervical.
 - B- UV⁺ bilateral, sem enjumes subcutâneos.
 - C- Hemodinamicamente estreito, abdome e Pérol OR.
 - D- Glaseau 15, pípulas isocônicas e fotoreceptivas.
 - E- Lesão conto contusa em face externa do braço D, lesão conto contusa-região medial do braço D, hematomia em região periarticular D, escoriações em pétro D.

Diagn. Inicial: Alucina

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Sediado Rx de Tórax e braço AP. e Perfil			
2. Articulações da Ortopedia			
3. Rx: OI: Opiáceo 500 mg/ml - Fazer 12 ml, IV		10:30	Fem
4. Tiotetid: 40 mg t/BD, IV	Dra. Bia Simonatti Cirurgiatriologia CRM-RN 8503	10:30	D

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

CID: _____ Proc: _____ Data: _____ /19, Hr: _____ Médico: _____

*Gerado via SY por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 07 de Outubro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

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:**

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Horas: :

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU MOSSORÓ 14/10/2010

SAME / ARROW

Diagn. Inicial:

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

10

Proc.

Data

300 / 19. Hr.

Médico:

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

(Assinar e Carimbar)

B.M.R (2000h) PAC. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, NOTE:
CICLETA BICICLETA FERIDA POR C.G. PRESENTANDO HEMATOMA
EM FRONTEIRO (D), E/ MOV. E FUNÇÃO DO C.G. PRESERVADA,
S/ EPISTAXE. DOR À PRESSÃO EM VÉCIAS
EM FRONTEIRO (D).

CO: T.C. DE FASE, N/ DEFINIR CONDUZA.

AO EX. T.C., Ausência de sintomas de FRACTURA EM OSSOS DA
FACIA. Int. M. M. M.

MIGRAÇÃO
ESTABILIZANTE
INTERNA
NUTRIÇÃO

Dr. Antônio Pimentel & Neto
CRM-RN 1101-001
ORL/TRAUMATOLOGIA

10:49 Currax

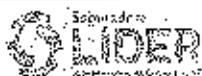
Rx de tórax dentro das parâmetros de normalidade, n/ alteração
significativa de lesões.

Cx. Alta do cirurgião, com orientações

Dra. Lia Spinelli
Coloproctologia
CRM-RN 9503

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ COMPOSTO POR
SAME MOSSORÓ 10/10/2019
BIM

SAME/ARQUIVO



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

Para mais informações, entre em contato com a Representação da Difesa, através do e-mail: representacao@defesa.gov.br ou do telefone: (61) 3222-9130. | Detalhamento da Representação da Difesa: www.defesa.gov.br/representacao

INHALATION METHODS

O prestativo conjugado, formado à parte (apenas um prestativo de flexão), constitui estabelecer a circularidade (44) (5).

<http://www2.pvtcp.sss.ku.edu/2010/07/09/2011-03-14-11-05-271011-13C3M0G0-29639>

6. Caso o Segurado não tenha o formulário de preenchimento da Seguradora, o beneficiário deve solicitar ao seu segurador a emissão de um formulário de preenchimento do Seguro COAF, contendo, por exemplo, o formulário de Informações de antecedentes penais, para que o formulário não impeça o pagamento da indenização do Seguro COAF, conforme, por exemplo, o formulário de preenchimento do Seguro COAF.

CONSELHO NACIONAL DE RISCOS PRINCIPAIS – CONARIS é o órgão responsável pelo CONTROLE E REGULAÇÃO DOS RISCOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PRIMÁRIA, RISCOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PRIMÁRIA, CONSELHO DE CONTROLE DE RISCOS FINANCEIROS – COAF, Órgão integrante da estrutura do MINISTÉRIO DA ECONOMIA, com competências administrativas, decisivas, preventivas e de fiscalização e fiscalização suspeitas de atividades ilícitas, instituído pelo art. 1º, inciso IV, da Lei nº 8.615/93.

Lucivaldo Gadelha dos Santos
Inscrito (at) no CPP/RPP: 034 336 574, 52, no endereço de Pernambuco (at) / Intermédio (at) da Beneficiária
Antônia Lucia Gadelha dos Santos, inscrito (at) no CPP sob o nr. 637 352704, 25
do Ministério da DIFRIT sob o nr. 637 352704, de vítima Antônia Lucia Gadelha dos Santos
Inscrito (at) no CPP sob o nr. 637 352704, 25, conforme determinação da Circula: Susep 645/12;

Declaro ainda, sob os efeitos de lei e para efeitos de resolução junto à Superintendência Federal de Segurança (SIS/DPVAT), resigir ao encargo abaixo, anexando a cópia da declaração de residência do empregado informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista

Endereço:	Po Barinha	Número:	65	Complemento:	Casa	
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Honório	Estado:	PR	
E-mail:	Não Povi				CEP:	59 600-003
					DDD:	(41) 91827-0066

Laser Doppler

Monos - Re 93/33/39

X LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



Av. dos Estados, 5100-000-020 | Cidade de São Paulo | 10438-002

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Avenida 150, Bairro, Negrão - RN CEP 59025-250
CNPJ/MF 1245.556.0001-81 | Insc. Est. 20065199-0 | www.caren.com.br

DANOS DOCUMENTOS

CCF 051.945.081-17

B1 RESIDENTIAL

September 1997

000019256 UNCA 01092013
000019256 UNCA 01092013
01092012 931152-543 599311

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
MOSACROSON
58600-001

7045322042 2019-09-20 19

25/09/2019 18/10/2019

100.0

www.ijerpi.org

ITEM	QUANT/UNIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Corpo em Alumínio	185,00:0000	0,62852003	119,82
Acéstat em Bandeira Vt-HM-Eu-1A			0,01
Correia Jun. Póntica Marca 94			10,00
Mola para Alavanca-NF 09101650- 2308219			0,88
Juntas para alavanca-NF 029131900- 2308219			0,08

2010 CAUTIONS

TOTAL DA FOLHA DE PAGAMENTO									
NR DO MESMO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	NR DE LHAS	CONTRATO	ADJUSTES	VALOR DO PAGAMENTO		
107369	CAT	11/04/2019	08.560,00	14/4/2019	11.634,00	27	100000		139,00

PERÍODO	VALOR DO INVESTIMENTO	VALOR DO CUSTO DE OPERAÇÃO
MAR/19		
ABR/19		
MAY/19		
JUN/19		
JUL/19		
AGO/19		
SET/19		
OCT/19		
NOV/19		
DEZ/19		
JAN/20		
FEB/20		
MAR/20		
ABR/20		
MAY/20		
JUN/20		
JUL/20		
AGO/20		
SETEMBRO/20		
OCT/20		
NOV/20		
DEZ/20		
JAN/21		
FEB/21		
MAR/21		
ABR/21		
MAY/21		
JUN/21		
JUL/21		
AGO/21		
SETEMBRO/21		
OCT/21		
NOV/21		
DEZ/21		
JAN/22		
FEB/22		
MAR/22		
ABR/22		
MAY/22		
JUN/22		
JUL/22		
AGO/22		
SETEMBRO/22		
OCT/22		
NOV/22		
DEZ/22		
JAN/23		
FEB/23		
MAR/23		
ABR/23		
MAY/23		
JUN/23		
JUL/23		
AGO/23		
SETEMBRO/23		
OCT/23		
NOV/23		
DEZ/23		
JAN/24		
FEB/24		
MAR/24		
ABR/24		
MAY/24		
JUN/24		
JUL/24		
AGO/24		
SETEMBRO/24		
OCT/24		
NOV/24		
DEZ/24		
JAN/25		
FEB/25		
MAR/25		
ABR/25		
MAY/25		
JUN/25		
JUL/25		
AGO/25		
SETEMBRO/25		
OCT/25		
NOV/25		
DEZ/25		
JAN/26		
FEB/26		
MAR/26		
ABR/26		
MAY/26		
JUN/26		
JUL/26		
AGO/26		
SETEMBRO/26		
OCT/26		
NOV/26		
DEZ/26		
JAN/27		
FEB/27		
MAR/27		
ABR/27		
MAY/27		
JUN/27		
JUL/27		
AGO/27		
SETEMBRO/27		
OCT/27		
NOV/27		
DEZ/27		
JAN/28		
FEB/28		
MAR/28		
ABR/28		
MAY/28		
JUN/28		
JUL/28		
AGO/28		
SETEMBRO/28		
OCT/28		
NOV/28		
DEZ/28		
JAN/29		
FEB/29		
MAR/29		
ABR/29		
MAY/29		
JUN/29		
JUL/29		
AGO/29		
SETEMBRO/29		
OCT/29		
NOV/29		
DEZ/29		
JAN/30		
FEB/30		
MAR/30		
ABR/30		
MAY/30		
JUN/30		
JUL/30		
AGO/30		
SETEMBRO/30		
OCT/30		
NOV/30		
DEZ/30		
JAN/31		
FEB/31		
MAR/31		
ABR/31		
MAY/31		
JUN/31		
JUL/31		
AGO/31		
SETEMBRO/31		
OCT/31		
NOV/31		
DEZ/31		
JAN/32		
FEB/32		
MAR/32		
ABR/32		
MAY/32		
JUN/32		
JUL/32		
AGO/32		
SETEMBRO/32		
OCT/32		
NOV/32		
DEZ/32		
JAN/33		
FEB/33		
MAR/33		
ABR/33		
MAY/33		
JUN/33		
JUL/33		
AGO/33		
SETEMBRO/33		
OCT/33		
NOV/33		
DEZ/33		
JAN/34		
FEB/34		
MAR/34		
ABR/34		
MAY/34		
JUN/34		
JUL/34		
AGO/34		
SETEMBRO/34		
OCT/34		
NOV/34		
DEZ/34		
JAN/35		
FEB/35		
MAR/35		
ABR/35		
MAY/35		
JUN/35		
JUL/35		
AGO/35		
SETEMBRO/35		
OCT/35		
NOV/35		
DEZ/35		
JAN/36		
FEB/36		
MAR/36		
ABR/36		
MAY/36		
JUN/36		
JUL/36		
AGO/36		
SETEMBRO/36		
OCT/36		
NOV/36		
DEZ/36		
JAN/37		
FEB/37		
MAR/37		
ABR/37		
MAY/37		
JUN/37		
JUL/37		
AGO/37		
SETEMBRO/37		
OCT/37		
NOV/37		
DEZ/37		
JAN/38		
FEB/38		
MAR/38		
ABR/38		
MAY/38		
JUN/38		
JUL/38		
AGO/38		
SETEMBRO/38		
OCT/38		
NOV/38		
DEZ/38		
JAN/39		
FEB/39		
MAR/39		
ABR/39		
MAY/39		
JUN/39		
JUL/39		
AGO/39		
SETEMBRO/39		
OCT/39		
NOV/39		
DEZ/39		
JAN/40		
FEB/40		
MAR/40		
ABR/40		
MAY/40		
JUN/40		
JUL/40		
AGO/40		
SETEMBRO/40		
OCT/40		
NOV/40		
DEZ/40		
JAN/41		
FEB/41		
MAR/41		
ABR/41		
MAY/41		
JUN/41		
JUL/41		
AGO/41		
SETEMBRO/41		
OCT/41		
NOV/41		
DEZ/41		
JAN/42		
FEB/42		
MAR/42		
ABR/42		
MAY/42		
JUN/42		
JUL/42		
AGO/42		
SETEMBRO/42		
OCT/42		
NOV/42		
DEZ/42		
JAN/43		
FEB/43		
MAR/43		
ABR/43		
MAY/43		
JUN/43		
JUL/43		
AGO/43		
SETEMBRO/43		
OCT/43		
NOV/43		
DEZ/43		
JAN/44		
FEB/44		
MAR/44		
ABR/44		
MAY/44		
JUN/44		
JUL/44		
AGO/44		
SETEMBRO/44		
OCT/44		
NOV/44		
DEZ/44		
JAN/45		
FEB/45		
MAR/45		
ABR/45		
MAY/45		
JUN/45		
JUL/45		
AGO/45		
SETEMBRO/45		
OCT/45		
NOV/45		
DEZ/45		
JAN/46		
FEB/46		
MAR/46		
ABR/46		
MAY/46		
JUN/46		
JUL/46		
AGO/46		
SETEMBRO/46		
OCT/46		
NOV/46		
DEZ/46		
JAN/47		
FEB/47		
MAR/47		
ABR/47		
MAY/47		
JUN/47		
JUL/47		
AGO/47		
SETEMBRO/47		
OCT/47		
NOV/47		
DEZ/47		
JAN/48		
FEB/48		
MAR/48		
ABR/48		
MAY/48		
JUN/48		
JUL/48		
AGO/48		
SETEMBRO/48		
OCT/48		
NOV/48		
DEZ/48		
JAN/49		
FEB/49		
MAR/49		
ABR/49		
MAY/49		
JUN/49		
JUL/49		
AGO/49		
SETEMBRO/49		
OCT/49		
NOV/49		
DEZ/49		
JAN/50		
FEB/50		
MAR/50		
ABR/50		
MAY/50		
JUN/50		
JUL/50		
AGO/50		
SETEMBRO/50		
OCT/50		
NOV/50		
DEZ/50		
JAN/51		
FEB/51		
MAR/51		
ABR/51		
MAY/51		
JUN/51		
JUL/51		
AGO/51		
SETEMBRO/51		
OCT/51		
NOV/51		
DEZ/51		
JAN/52		
FEB/52		
MAR/52		
ABR/52		
MAY/52		
JUN/52		
JUL/52		
AGO/52		
SETEMBRO/52		
OCT/52		
NOV/52		
DEZ/52		
JAN/53		
FEB/53		
MAR/53		
ABR/53		
MAY/53		
JUN/53		
JUL/53		
AGO/53		
SETEMBRO/53		
OCT/53		
NOV/53		
DEZ/53		
JAN/54		
FEB/54		
MAR/54		
ABR/54		
MAY/54		
JUN/54		
JUL/54		
AGO/54		
SETEMBRO/54		
OCT/54		
NOV/54		
DEZ/54		
JAN/55		
FEB/55		
MAR/55		
ABR/55		
MAY/55		
JUN/55		
JUL/55		
AGO/55		
SETEMBRO/55		
OCT/55		
NOV/55		
DEZ/55		
JAN/56		
FEB/56		
MAR/56		
ABR/56		
MAY/56		
JUN/56		
JUL/56		
AGO/56		
SETEMBRO/56		
OCT/56		
NOV/56		
DEZ/56		
JAN/57		
FEB/57		
MAR/57		
ABR/57		
MAY/57		
JUN/57		
JUL/57		
AGO/57		
SETEMBRO/57		
OCT/57		
NOV/57		
DEZ/57		
JAN/58		
FEB/58		
MAR/58		
ABR/58		
MAY/58		
JUN/58		
JUL/58		
AGO/58		
SETEMBRO/58		
OCT/58		
NOV/58		
DEZ/58		
JAN/59		
FEB/59		
MAR/59		
ABR/59		
MAY/59		
JUN/59		
JUL/59		
AGO/59		
SETEMBRO/59		
OCT/59		
NOV/59		
DEZ/59		
JAN/60		
FEB/60		
MAR/60		
ABR/60		
MAY/60		
JUN/60		
JUL/60		
AGO/60		
SETEMBRO/60		
OCT/60		
NOV/60		
DEZ/60		
JAN/61		
FEB/61		
MAR/61		
ABR/61		
MAY/61		
JUN/61		
JUL/61		
AGO/61		
SETEMBRO/61		
OCT/61		
NOV/61		
DEZ/61		
JAN/62		
FEB/62		
MAR/62		
ABR/62		
MAY/62		
JUN/62		
JUL/62		
AGO/62		
SETEMBRO/62		
OCT/62		
NOV/62		
DEZ/62		
JAN/63		
FEB/63		
MAR/63		
ABR/63		
MAY/63		
JUN/63		
JUL/63		
AGO/63		
SETEMBRO/63		
OCT/63		
NOV/63		
DEZ/63		
JAN/64		
FEB/64		
MAR/64		
ABR/64		
MAY/64		
JUN/64		
JUL/64		
AGO/64		
SETEMBRO/64		
OCT/64		
NOV/64		
DEZ/64		
JAN/65		
FEB/65		
MAR/65		
ABR/65		
MAY/65		
JUN/65		
JUL/65		
AGO/65		
SETEMBRO/65		
OCT/65		
NOV/65		
DEZ/65		
JAN/6		



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 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 P. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 1405418-2

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 631 352 704 - 25 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: 631 352 704 - 25
 7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Bassisinha 9 - Número: 63 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Maceió 13 - Estado: AL 14 - CEP: 59.600-001
 15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 999827-0066

DADOS CADASTRAIS

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 (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO 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)
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGENCIA: 0560 CONTA: 6880 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 (vernaceos)? Sim Não 31 - Vítima teve imidões? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo) 35 - Nome legível da 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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 07/06 - 14/06/19
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonia Lucia Gadelha dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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** 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: **Antonia Lucia Gadelha dos Santos** 6 - CPF: **637 352 704 - 25**

7 - Profissão: **Autônoma** 8 - Endereço: **10 Barbinha** 9 - Número: **65** 10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **20 na Rural** 12 - Cidade: **Monteiro** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **59 600 - 001**

15 - E-mail: **Não (022) 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\$1.00 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)

AGÊNCIA: **0560** CONTA: **6880** (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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;
- 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 invalides 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 Lider 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (nó 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: **07/06 - 2023/06/19**

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

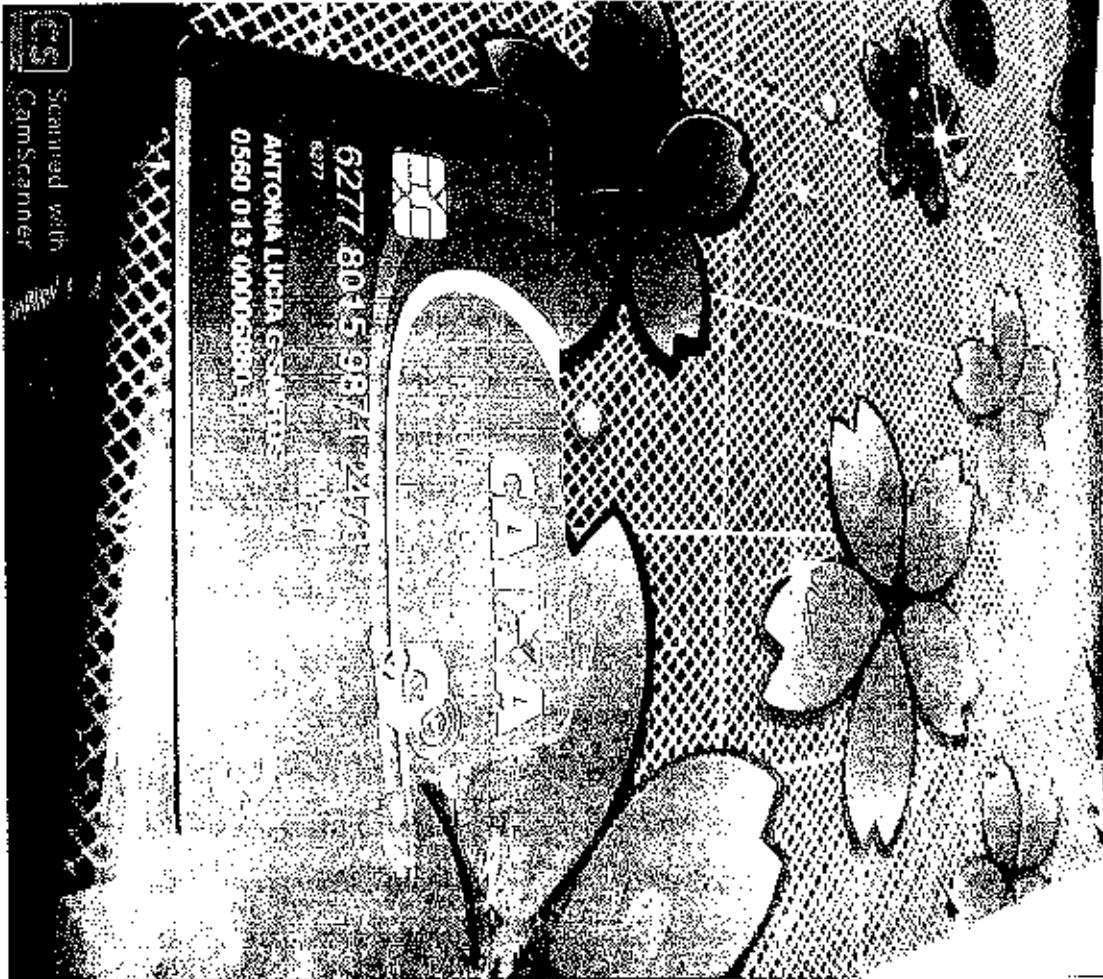
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Antonia Lucia Gadelha dos Santos**

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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: Valteir 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	Méio(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 N°: 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 N°: 65
Bairro: zona rural, RN 015
Telefone: (84) 99475-2747 (Celular)

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

Nacionalidade: Brasileira

Delegado de Polícia Civil: Valteir Camilo de Paiva

Impresso por: Cid Ney Fernandes Cottis

Data de Impressão: 30/10/2019 08:26

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055627/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Véculo	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 Véículo	Rio Grande do Norte
Município Véículo	Mossoró	Marca/Modelo	HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG 160 FAN ESDI	Véículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	19/07/2017	Situação do Véículo	ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Lucivaldo Gadelha dos Santos

Envolvimentos

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/Mossoro 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 saia 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
Matrícula 108.172-1

Lucivaldo Gadelha dos Santos
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins do direito que sou (a) o(a) que respondeável pelas informações acima apresentadas e (b) que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei aígem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Criminoso e 340-Comunicação Falso de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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 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

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, 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

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, 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 déficit em face

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

[**X**] Sim [] Não

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

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 infraorbital 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

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

[] Sim [**X**] 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

"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 ás 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
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-RN 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

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

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

THIARA VIRGINIA DA HORA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Lúcio Gadelha dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado Profissão: Autônomo, Data do Acidente 07/01/19
Cobertura Inválido, portador(a) do RG 001.011.453, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 634.352.704-25 residente no(a)
Pó. Borinete 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: 034.716.574-52 residente
no(a) Rua Pó. Borinete 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 Lúcio Gadelha dos Santos
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira

R. Vicente Sabóia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84)3317-4811
Titular: Edilmar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2020-080582
Reconhecido por autenticidade a firma de:
ANTONIO LUCIA GADELHA DOS SANTOS*****
Assinado na presença: Deu fé:
Em testemunho da verdade:
Mossoró - RN, 14/01/2020 06:49:44.
ELIDIMAR DE MOURA VIEIRA - TABELIA SUBSTITUTA
SELO DIGITAL: RN202000949040000213RQH
Para consultar o seu aceuse:
<https://www.tabelionato.tjrn.jus.br>
R\$ 0,00 PGRN R\$ 0,00 PGR R\$ 0,00
Trib. R\$ 0,00 FUNAF R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Antonio Luis Godelha dos Santos		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Autônomo		
IDENTIDADE:	001.011.453	CPF:	637.352.704-25
ENDEREÇO:	Po. Boavista 65 Zona Rural Mossoró RN		

OUTORGADO

NOME:	Luci Volde Godelha dos Santos		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Autônomo		
IDENTIDADE:	001.958.648	CPF:	034.716.574-52
ENDEREÇO:	Po. Boavista 65 Zona Rural Mossoró RN		
NOME DA VITIMA:	Antonio Luis Godelha dos Santos		
DATA DO ACIDENTE:	04/10/19	COBERTURA:	Invólucro

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 no CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO OPVAT.

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

LOCAL E DATA

Massada: 30/10/2019

1º OFÍCIO

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 **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SANTOS

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 **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: trauma de face e crânio 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

