



Número: **0809644-12.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57828 569	20/07/2020 21:48	2736825_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



SOM

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

Antônia Vieira Gonalves dos
Santos, 58 anos

@Prontório médico

- Paciente sofreu acidente
motorístico em 07/10/2019,
se travou em freio, sem freios.
- Queixas de dor crônica na
perna esquerda e hemiparesia
à direita.
- Encaminhado ao MEU e re-
correu a outros DPVT
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 - 14980





Vítima





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 (57 a 11 m 25 d)**

Nascimento: 13/10/1961

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 63735270425

Prof:

Mãe: MARIA EUGENIA LOPES GADELHA

Pai: FRANCISCO VENTURA GADELHA

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 14050

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33153390

Compl:

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
08:00/1970			93		20	120			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: 8:50

Paciente vítima de colisão moto-bicicleta há 40 min. Neg. perda de consciência, vômitos. Intubado com sucesso. Trazido pelo Protocolo do SAMU.

A - Vias aéreas permeáveis, com collar cervical.

B - MVO bilateral, sem enfisema subcutâneo.

C - Hemodinamicamente estável, abdome e Pênis OK.

D - Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreativas.

E - Lesão certo contusa em face externa do braço D, lesão certo contusa região medial do braço D, hematoma em região periorbital D, escoriações em pulso D.

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1. Solicito Rx de Tórax e braço AP e Perfil

2. Avaliação da Ortopedia

3. Rx: Oxigeno 500 mg/ml - Fazer 02 ml, IV

4. Tetracilina 400 mg + KCl, IV

Dra. J. Simonetti
Otorrinolaringologia
CRM-RN 2503

10:30

10:30

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CÓPIA É ORIGINAL
E MOSSORO

SAME / ARQUIVO

*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 07 de Outubro de 2019.

(Assinar e Carimbar)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:48:22

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007202148215590000005547512

Número do documento: 2007202148215590000005547512

Num. 57828569 - Pág. 4

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

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MOSSORO

Telephone: 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

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: ____:____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 14/01/2019
SANE / ARQUIVO 23140

Diagn. Inicial:

[illegible]

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

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

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

(Assinar e Carimbar)

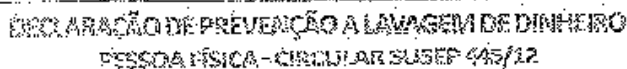


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:48:22

<https://pje1g.tirn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021482155900000055547512>

Número do documento: 20072021482155900000055547512

Num. 57828569 - Pág. 5



INDICATORS OF PROGRESS

[illegible]

2. A empresa não tem nenhuma das interpretações de anulação e multa. A norma formulada pelo ICR não impede o pagamento da indenização do seguro STVAT, contudo, por determinação da Comissão de Recurso, esta multa é passível de compensação ao COAP⁴.

help uspin, etc

Luizvaldo Gadelha dos Santos

Inscrito (a) no CNP/JUR: 034136574, 52 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficência

Antonia Lucia Gadelha dos Santos inscricao (s) no CPF: 555.011.966-6 637.352.709, 25

do Ministério do DEPART. COORDENADOR Invalidos de VITIMAS Antonia Lucia gadilha dos Santos

Inscrisa la nr. CNP sub nr. 637352704 la 25, conforma termenului de la Circulara Supex nr 5/12.

Nome do Estudante: Leandro Renda: Leandro e apresenta os seguintes conhecimentos:



Declaro, ainda, sob as penas da lei, para fins de verificação junto à Superintendência de Administração do Poder Judiciário (SADP), que não há qualquer impedimento de natureza de natureza informada, e que a validade da presente deliberação implicará na versão penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço:	R. Barrinha		Número:	65	Complemento:	Cem	
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Monoro	Estado:	W	CEP:	59 600-003
Fone:	Nº: Ponvi					Telefax:	80 99827-0066

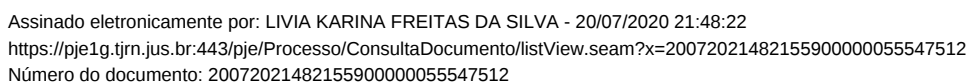
Local e-Books

Honors - Re 53/53/59

X LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

0.02% 500,000/7017





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 **ANTÔNIA 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

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró – RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





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 ASI: 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. Garinha 9 - Número: 65 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-001
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: ☒ RECURSO 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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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(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 (vermeado)? ☐ 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

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:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 637352704-25 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: 637352704-25
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Barinhã 9 - Número: 65 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59600-001
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 999887-0066

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) ☐ 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:

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 (ou 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 (se 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

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, 10/07/2020

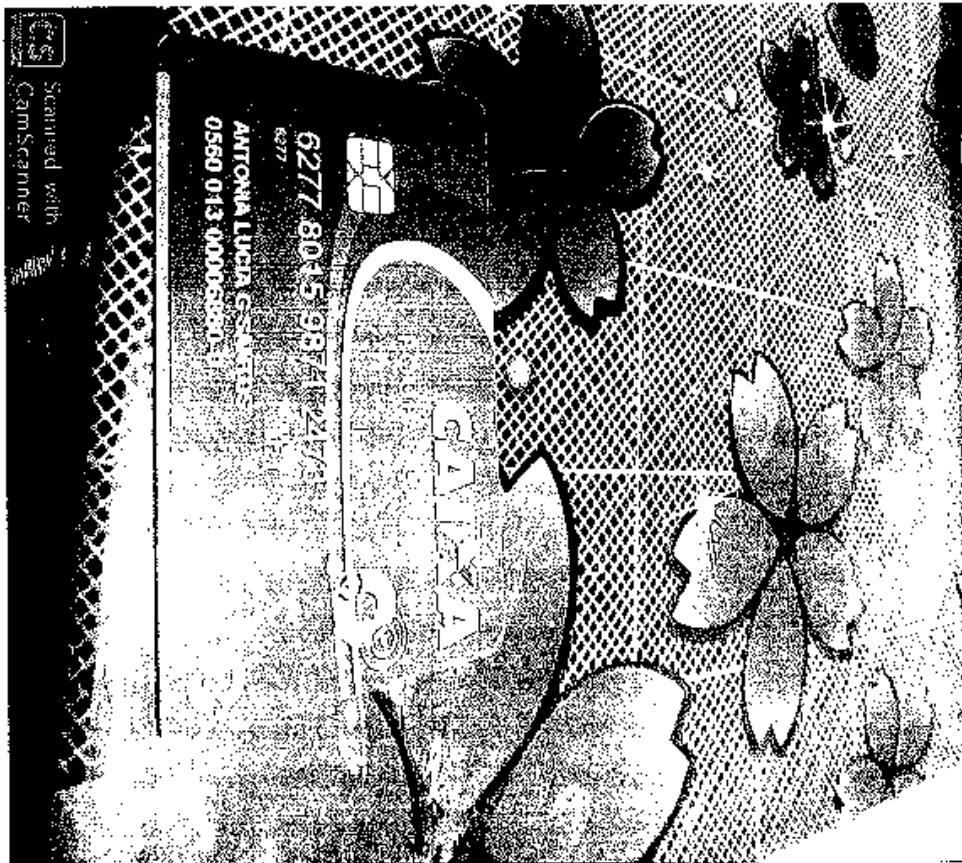
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

Afeito: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/10/2019 08:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: BR-405, PROXIMO AO POSTO DE COMBUSTIVEL

Bairro: Aeroporto

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	



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Cid Ney Fernandes Cólis
Data de Impressão: 30/10/2019 08:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

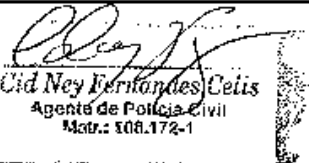
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 405.864.724-87	Placa QGU1465
Renavam 01128894505	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

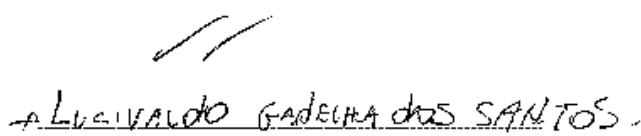
RELATO/HISTÓRICO

O comunicante conta 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


Lucivaldo Gadelha dos Santos
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins do duto que sou o(a) (círculo) responsável pelas informações acima apresentadas e que não poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Criminosa e 310-Comunicação Falsa de Crime ou de Corrupção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Cid Ney Fernandes Celis
Data de Impressão: 30/10/2019 08:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

Pag. 01289/01290 - carta_04 - INVALIDEZ

00040645



Carta nº 15661720





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

Pag. 01971/01972 - carta_02 - INVALIDEZ

00060986



Carta nº 15604795



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:48:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021482155900000055547512>

Número do documento: 20072021482155900000055547512



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,

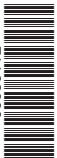
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15343324

Pag. 00223/00224 - carta_01 - INVALIDEZ

00030112





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, 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.

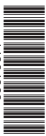
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00153/00154 - carta_32 - INVALIDEZ

00070077



Carta nº 15376492



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:48:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021482155900000055547512>

Número do documento: 20072021482155900000055547512

**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?

[**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 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 [**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

(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
CRM: 4863 - RN

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

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

LUCIVALDO GADELHA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA LUCIA GADELHA DOS SANTOS

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 Boninho 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: 034.716.514-52 residente
no(a) Rua Po Boninho 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)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Antonia Lucia Gadelha dos Santos		
NACIONALIDADE:	Brasileira	ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:	Autônoma		
IDENTIDADE:	001.011.753	CPF:	637.352704-25
ENDEREÇO:	Po. Boxunha 65 Zona Rural Mossoro RN		

OUTORGADO

NOME:	Luci Valde Gadelha dos Santos		
NACIONALIDADE:	Brasileira	ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:			
IDENTIDADE:	001.958.648	CPF:	034.716574-52
ENDEREÇO:	Po. Boxunha 65 Zona Rural Mossoro RN		

NOME DA VÍTIMA: Antonia Lucia Gadelha 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 CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

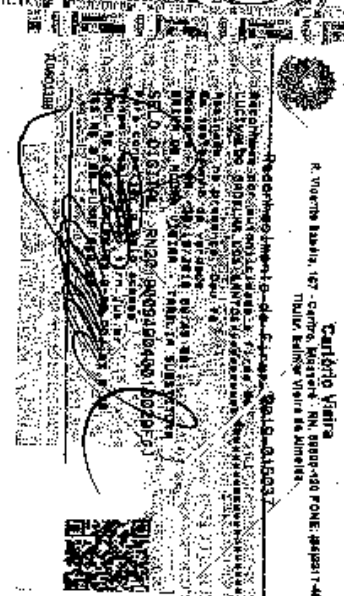
Mossoro 30/10/2019

LOCAL E DATA

1º OFÍCIO

Antonia Lucia Gadelha 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 cranio-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 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 déficit 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



