# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028080 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** PATRICIA DA COSTA **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA FALANGE DISTAL DO 4ºQDD.
COLUNA- EM DOCUMENTAÇÃO ANEXA DO ATENDIMENTO NO DIA DO TRAUMA, NÃO HÁ MENÇÃO A QUEIXA/LESÃO EM COLUNA. APRESENTA, EM MOMENTO DE PERÍCIA, RX DE COLUNA CERVICAL QUE CONSTA: RETIFICAÇÃO DA LORDOSE FISIOLÓGICA CERVICAL; AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES ÓSSEAS MORFOLÓGICAS E TEXTURAIS; REDUÇÃO DOS ESPAÇOS INTERVERTEBRAIS CERVICAIS. PERICIADA NEGA QUE TENHA REALIZADO OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICOS. NEGA TRATAMENTOS MÉDICOS ESPECÍFICOS CORRELATOS.
JOELHO E - REFERE QUE, APÓS A ALTA HOSPITALAR, REALIZOU ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS POR CONTA SINTOMATOLOGIAS CORRELATAS. TRAZ EM MOMENTO DA AVALIAÇÃO PERICIAL EXAME DE RNM DE JOELHO ESQUERDO COM DATA DE 06/02/2020, ASSINADO POR DR MARCELO PINHEIRO CRM/RN 6763 EM QUE SE LÊ: DISCRETAS ÁREAS DE EDEMA/IMPACTAÇÕES ÓSSEAS FÊMORO-TIBIAIS POSTERIORES LATERAIS. LEVE EDEMA INTERTICIAL/ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. CISTO DE BAKER ALONGADO, DE PEQUENO VOLUME E MAL DEFINIDO, MEDINDO 2,5CM, ESTENDENDO-SE COM DISCRETO EDEMA/PERITENDINITE INSERCIONAL DOS TENDÕES COMUNS DA PATA ANSERINA. LEVE EDEMA EM PARTES MOLES SUBCUTÂNEAS E NAS BURSAS INFRAPATELARES.

**Descrição do exame físico:** ANQUILOSE FALANGE DISTAL 4ºQDD.
JOELHO ESQUERDO - DOR À MOBILIZAÇÃO/ LEVE LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
COLUNA: SEM ALTERAÇÕES OBJETIVAS AO EXAME.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADA APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 4º DEDO DA MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|---|---|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R$ 843,75 |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R$ 675,00 |
| | | **Total** | **11,25 %** | **R$ 1.518,75** |

# BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.518,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000002041-9

---

Nr. Autenticação
BRADESCO110320200500000000002370322600000002041151875 PAGO

Seguradora LÍDER

# 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: 011.775.064/67

4 - Nome completo da vítima: PATRICIA DA COSTA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: PATRICIA DA COSTA

6 - CPF: 011.775.064/67

7 - Profissão: MANICURE

8 - Endereço: R. MAXMILIANO URBANO SALES

9 - Número: 410

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BARREIRA

12 - Cidade: MOSSORÓ

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59691-370

15 - E-mail:

16 - Tel(DDD): (84) 99461-9951 / 9907-3313

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3926 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 0002041 9 (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente do 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do polegar direito do declarante

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró-RN - 17/12/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

# CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermes, 150, Santo Antônio - RN, CEP 59025-280
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055180-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

PATRICIA DA COSTA

CPF 011.775.064-67 | RG 2090659602-7

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAXIMINIANO URBANO DE SALES
410

BARRO CASTANHEA URBANA
MOSSORÓ RN
59621-870

| CONTA CONTRATO | MES/ANO |
|---|---|
| 0852090456 | 06/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LEITURA |
| 26/06/2019 | 19/07/2019 |
| TOTAL A PAGAR (R$) | |
| 92,32 | |

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|---|---|---|
| 02588722 | UNICA | 19/06/2019 |
| **APRESENTAÇÃO** | **Nº DO CLIENTE** | **Nº DA INSTALAÇÃO** |
| 19/06/2019 | 3000720600 | 523498 |

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R$) | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,0000000 | 0,20666765 | 6,20 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70,0000000 | 0,35460157 | 24,83 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 80,0000000 | 0,55220228 | 44,17 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,66 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 7,40 |
| ICMS-Parcela Subsidiada | | | 6,97 |
| Multa por atraso-NF 02440980 - 17/05/19 | | | 1,66 |
| Juros por atraso-NF 02440980 - 17/05/19 | | | 0,36 |
| Atualização IGPM-NF 02440980 - 17/05/19 | | | 0,15 |

132,22

TOTAL DA FATURA 92,32

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20481997 | CAT | 17.05.2019 | 38.179,00 | 18.06.2019 | 38.359,00 | 32 | 1,00000 | | 180,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO
Período (kWh)

| | |
|---|---|
| JUN 18 | 168 |
| MAI 18 | 189 |
| ABR 18 | 144 |
| MAR 18 | 183 |
| FEV 18 | 177 |
| JAN 18 | 183 |
| DEZ 18 | 168 |
| NOV 18 | 194 |
| OUT 18 | 176 |
| SET 18 | 185 |
| AGO 18 | 162 |
| JUL 18 | 141 |
| JUN 18 | 166 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|---|---|---|---|
| ICMS | 75,36 | 18,00 | 13,56 |
| PIS | 75,36 | 0,51 | 0,38 |
| COFINS | 75,36 | 0,62 | 0,46 |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Geração de Energia | R$ | 34,50 | 37,44% |
| Transmissão | R$ | 3,93 | 4,26% |
| Distribuição (Cosern) | R$ | 25,65 | 27,82% |
| Perdas de Energia | R$ | 6,82 | 7,41% |
| Encargos Setoriais | R$ | 1,74 | 2,24% |
| Tributos | R$ | 14,12 | 15,31% |
| Total | R$ | 92,36 | 100% |

TARIFAS APLICADAS

| | |
|---|---|
| Consumo Ativo até 30kWh | 0,20666765 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,35460157 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,55220228 |

NUMERADO ALFANUM

4429 7b9F 4780 EC9E B462 1A4D 345D 9FA3

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no contribuinte parceiro da nota fiscal: farmácia do povo (avenida rio grande do norte, 1211, centro) / supermercado nordeste (rua 13 de setembro, 677, aeroporto) até completar em [illegible] cosern.com.br * O pagamento desta nota fiscal/fatura deve ser feito somente em [illegible] Consulte a leitura e [illegible] Mais informações em www.cosern.com.br. O cliente é consumidor quando [illegible] da unidade [illegible] do nível de tensão do consumidor. Pagto em atraso gera multa 2% (Res 414/2010). Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária (Res 414/10). Não Disponível para utilização na Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - RS 38,81. O Cliente é consumidor quando na data do vencimento do prazo definido para ele perdurar o atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, [illegible] estão disponíveis em www.cosern.com.br

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.325/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Autoin. Central (84) [illegible] Cliente: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
115

CONTA DE CONSUMO [illegible] E SERVIÇOS
08/12/2018 AS 09:27.[illegible]

MATRÍCULA: 2117
MÊS / ANO: 12/2018

DADOS DO CLIENTE

ALTEMIR SOARES
RUA MAXIMILIANO URBANO DE SALES, N 410 -
BARROCAS MOSSORO RN [illegible]521-370

| INSCRIÇÃO | ROTA | SEQ.ROTA | QUANTIDADE DE ECONOMIAS: RESIDENCIAL | COMERCIAL | INDUSTRIAL | PÚBLICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 305.012.262.0073.000 | 13 | 5266 | 1 | | | |

| HIDRÔMETRO | SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO ESGOTO |
|---|---|---|
| Y17S844729 | LIGADO | POTENCIAL |

CONSUMO ÁGUA (M³)

DATA LEITURA: 08/12/2018
LEIT. ATUAL: 140
LEIT. ANT.: 129
DIAS CONSUMO: 29

HISTORICO DE CONSUMO

| REF | CONSUMO | REF | CONSUMO | REF | CONSUMO | MEDIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11/2018 | 11 | 09/2018 | 14 | 07/2018 | 11 | 13 |
| 10/2018 | 14 | 08/2018 | 12 | 06/2018 | 19 | |

| DESCRICAO | CONSUMO | TOTAL(R$) |
|---|---|---|
| AG[illegible] | | |
| ENTRE 50 E 100M 3 UNIDADE(S) | | |
| [illegible] - 39,90 POR UNIDADE | 10 M3 | 3[illegible] |
| [illegible]15 M3 - R$ 4,46 POR M3 | 1 M3 | |
| [illegible]NTUALIDADE 11/2018 | | |

| TRIBUTOS | BASE DE CALCULO | PERCENTUAL(%) | VALOR DO IMPOSTO |
|---|---|---|---|
| PIS | 44,45 | 1.65 | 0,73 |
| COFINS | 44,45 | 7.6 | 3,38 |

VENCIMENTO: 18/12/2018 TOTAL A PAGAR: 45,33

O EXERC[illegible] [illegible]A CONVOCA[illegible]
[illegible] ERVA, [illegible]0 A 14 DE D[illegible]

EXERCICIO DE APRESENTACAO DA [illegible]2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. [2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALTEMIR SOARES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.737.544-60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRICIA DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.775.064-67

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PATRICIA DA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.775.064-67 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ——— Renda: ——— e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro [redacted] DPVAT, [redacted] do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Endereço: R. MAXIMILIANO URBANO SALES | | Número: 410 | Complemento: CASA |
| Bairro: BARROCAS | Cidade: MOSSORÓ | Estado: RN | CEP: 59621-37 |
| E-mail: | | | Tel.(DDD): |

Local e Data: Mossoró/RN - 17/12/2019

X Altemir Soares
Assinatura do Declarante

DLDRL 001 V001/2017

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **38604 /2019**

Admissão: **26/01/2019 14:36:06**

ok

## CIRURGIA GERAL - VERDE

**Paciente:32417 - PATRICIA DA COSTA** (37 a 2 m 26 d )
Nascimento: 31/10/1981 Natural: BARAUNA.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: CPF: 01177506467 Prof:
Mãe: JURANDI DOMINGOS DA CRUZ Pai: FRANCISCO LUIZ DA COSTA
Logradouro: MAXIMIANO URBANO DE SALES, 410
CEP: 59621370 Bairro: BARROCAS Cidade: MOSSORO
Telefone:84 94619951 84 94619951 Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
**Origem:** SOZINHA *Empresa:

OBS: Classificação: 26/01/2019 14:31:11 PESO:

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

### HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM DEDO DE MAO ESQUERDA
Hora: 15 : 05 Paciente refere acidente de colisão moto e carro há 1:30 h - Veio a este serviço por transporte próprio. Nega vomito e perda de consciência. Relata tontura, nega alergias. Refere dor em 4º quirodáctilo.

(A) vias aéreas pérvias sem cervicalgia
(B) MV (+) em AHT
(C) hemodinamicamente estável sem sangramento ativo.
(D) ECG: 15 pupilas isocóricas e fotorreagentes.
(E) apresenta dor em mão D -

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/02/2019
Bino
SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORARIO | ASSINT. |
|---|---|---|---|
| (1) Solicito avaliação do ortopedista | | | |
| Ortoped - Aval - Sala Pequena | | | |
| Trauma 4º GDD por acidente motocicleta. | | | |
| CF: Paciente em leito enfermaria, BOM, presente. Hemorragia sem alt | | | |
| Rt: Tratar Exposto falange distal 4º GDD | | | |
| CD: Analgesia; ATB; Curativo; Realizar limpeza Cavidade com SF; Avaliar a Ferida | | | |

Prescrição 674-/679

*Saída:
( ) Decisão médica - ( ) Transferido - ( ) Evasão - ( ) Óbito - ( ) Interna: (Preencher CID, PROC e assinar)
CID_____ Proc._____ Data:____/___/19. Hr:____:____ Médico:_____
Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8287 / TEOT 13541
(carimbar)

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 26 de Janeiro de 2019.

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-NTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

# LAUDO MEDICO

A paciente PATRICIA DA COSTA, 38 anos de idade, MANICURE, CPF: 011.775.064-67

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO, moto com carro, em via pública, ocorrido no dia 26 de janeiro de 2019. Atendida no HRTM.

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA do 4º QUIRODACTILO DIREITO, COM FRAGMENTAÇÃO INTRAARTICULAR NA FALANGE DISTAL + TRAUMATISMO RAQUE-MEDULAR LOMBAR e joelho esquerdo (DOR e INSTABILIDADE ARTICULAR, após o referido TRAUMA.

BOLETIM de Atendimento 38604/2019.

PROCEDIMENTO:

- Tratamento cirurgico de urgência na mão direita.
- Tratamento conservado do trauma raque medular e joelho esq.

SEQUELAS:

a) DOR e dificuldade funcional na mão direita, com perda funcional de 20%

b) DOR lombar, intermitente e que se exacerba com movimentos ou simples permanencia em pé

c) DOR e instabilidade no joelho esquerdo com perda de função de 30%.

CID10 T92 + T93 + M54.5

Mossoró 06 de fevereiro de 2020

Policlínica Medica
Rua João Pessoa, 68 – Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manha

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3635
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumaticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - NTB 149/RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA JUSTIÇA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO
POLEGAR DIREITO
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
001.688.560
29/07/2015
PATRICIA DA COSTA
FRANCISCO LUIZ DA COSTA
JUANNOY DA CRUZ COSTA
BARAUNA RN
31/10/1981
CERT. DE NASCIMENTO 1-6121 /5-165 R6-1392
BARAUNA RN-1 CARTORIO
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **011.775.064-67**

Nome: **PATRICIA DA COSTA**

Data de Nascimento: **31/10/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/01/2000**

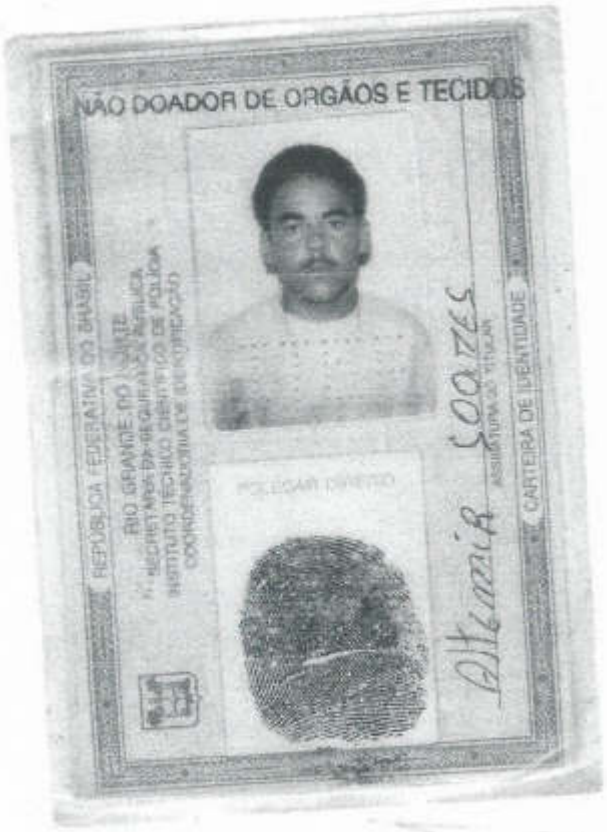
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:07:55** do dia **11/02/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **11E4.062A.B4AF.7DC0**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF" (/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2054469 1.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/01/1999

NOME ALTEMIR SOARES

FILIAÇÃO
JOSE SOARES
MARIA SOARES

NATURALIDADE MOSSORO RN

DATA DE NASCIMENTO 30/10/198

DOC. ORIGEM
CERT.NASC.Nº.11808 L.20 F.126
BARAUNA RN CARTORIO

HELSON BENEVOLO X. FILHO
Coronel
Comandante COID

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **009.737.544-60**

Nome: **ALTEMIR SOARES**

Data de Nascimento: **30/10/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/01/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:48:47** do dia **17/12/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7215.408E.C549.D40E**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF" (/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014244726299

| VIA | COD. RENAVAM | EXERCÍCIO |
|---|---|---|
| 1 | 00151673918 | 2019 |

NOME: PATRICIA DA COSTA

CPF / CNPJ: 011.775.064-67

PLACA: MZE6214

PLACA ANT. / UF: MZE6214 /RN

CHASSI: 9C2JC41209R019277

ESPÉCIE / TIPO: [illegible]

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2009

CAP / POT / CIL: 0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA

COTA ÚNICA: R$ 0,00

VENC. COTA ÚNICA: 11/04/2019

VENC. / COTAS: 1ª PAGO 2ª PAGO 3ª PAGO

FAIXA I.P.V.A.: 002843 3X

PARCELAMENTO / COTAS: R$ ******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC41E29019277

PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOSSORÓ/RN

DATA: 20/03/2019

Carlos Silveira da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014244726299 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 20/03/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: [illegible] PLACA: MZE6214

RENAVAM: 00151673918 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.: 2009 CIL./KW: 9 Nº CHASSI: 9C2JC41209R019277

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SERVIÇO DO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: PATRICIA DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA Profissão: MANICURE Data do Acidente 26/01/2019 Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 003.688.560, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 011.775.064/67 residente no(a) R. MAXIMILIANO URBANO DE SALES nº 410, bairro: BANDEIRA, município: MOSSORÓ/RN.

estado civil: SOLTEIRA Profissão: TRABALHADOR CLEO portador(a) do RG 2054469, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 009737544-60, residente no(a) R. MAXIMILIANO URBANO DR GOMES nº 480 bairro: BODÓDÓ, 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 – 28/11/2019

Local e Data

1º OFÍCIO

Patrícia da Costa

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

PRIMEIRO OFÍCIO DE MOSSORÓ

Cartório Vieira

R. Vicente Saboia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84)3317-49

Titular: Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2019-016400

Reconheco por autenticidade a firma de:

PATRICIA DA COSTA

Assinado na presença. Dou fé.

Em testemunho da verdade.

Mossoró - RN, 28/11/2019 10:22:42.

ERIKA DE MOURA VIEIRA - TABELIÃ SUBSTITUTA

SELO DIGITAL: RN2019000404000130000ZCD

Para consultar o selo acesse

https://selodigital.tjrn.jus.br

EMOL: R$ 2,03 FERCMPN: R$ 0,30 ISS: R$ 0,06

ISS: R$ 0,00 FUNAF: R$0,00

AA594225

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

**Número do Sinistro:** 3200028080

**Vítima:** PATRICIA DA COSTA **Data do acidente:** 26/01/2019

**CPF:** 011.775.064-67 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** PATRICIA DA COSTA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

| Portador da documentação apresentada | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da apresentação: 14/02/2020<br>Nome: ALTEMIR SOARES<br>CPF: 009.737.544-60 | Data do cadastramento: 14/02/2020<br>Nome: Camila Feitosa Pedrosa<br>CPF: 668.217.543-49 |
| ALTEMIR SOARES | Camila Feitosa Pedrosa |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

**Vítima:** PATRICIA DA COSTA **Data do acidente:** 26/01/2019

**CPF:** 011.775.064-67 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** PATRICIA DA COSTA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

**ALTEMIR SOARES : 009.737.544-60**

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

**PATRICIA DA COSTA : 011.775.064-67**

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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da apresentação: 16/01/2020 | Data do cadastramento: 16/01/2020 |
| Nome: ALTEMIR SOARES | Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva |
| CPF: 009.737.544-60 | CPF: 063.066.023-99 |
| ALTEMIR SOARES | Antonia Daniella Ferreira da Silva |

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, 17 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028080** **Vítima: PATRICIA DA COSTA**

**Data do Acidente: 26/01/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALTEMIR SOARES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PATRICIA DA COSTA**

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

Pag. 00393/00394 - carta_01 - INVALIDEZ

00030197

Carta nº 15383704

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, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028080** **Vítima: PATRICIA DA COSTA**

**Data do Acidente: 26/01/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALTEMIR SOARES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PATRICIA DA COSTA**

Em razão da falta de apresentação do(a) Documentos Médicos., 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. 00463/00464 - carta_32 - INVALIDEZ
00080232
Carta nº 15397590

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, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028080**

**Vítima: PATRICIA DA COSTA**

**Data do Acidente: 26/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALTEMIR SOARES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PATRICIA DA COSTA**

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. 00125/00126 - carta_02 - INVALIDEZ
00100063

Carta nº 15536612

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, 13 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028080** **Vítima: PATRICIA DA COSTA**

**Data do Acidente: 26/01/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALTEMIR SOARES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PATRICIA DA COSTA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|---|---|
| Multa: | R$ 0,00 |
| Juros: | R$ 0,00 |
| Total creditado: | R$ 1.518,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **PATRICIA DA COSTA**

Valor: **R$ 1.518,75**

Banco: **237**

Agência: **000003226-3**

Conta: **000000002041-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 01399/01400 - carta_15R - INVALIDEZ
00030700

Seguradora LÍDER

# 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: 011.775.064/67

4 - Nome completo da vítima: PATRICIA DA COSTA

## DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: PATRICIA DA COSTA

6 - CPF: 011.775.064/67

7 - Profissão: MANICURI

8 - Endereço: R. MAXMILIANO URBANO SALES

9 - Número: 410

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BARREIRA

12 - Cidade: MOSSORÓ

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59631-370

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (84) 99461-9951 99907-3313

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3926 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 0002041 9 (Informar o dígito se existir)

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

## INVALIDEZ PERMANENTE

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.

## MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

## NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do dedo polegar do(a) declarante

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)

## TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró-RN - 17/12/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

## Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

### Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200028080
Nome do(a) Examinado(a): Patricia da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maximiano Urbano de Sales, 410 Casa
Barrocas Mossoro RN CEP: 59621-370
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003.688.500
Data local do acidente: [ 26/01/2019 ]
Data local do exame: [ 03/03/2020 ] Mossoró [ RN ]

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA FALANGE DISTAL DO 4ºQDD.**
**COLUNA- EM DOCUMENTAÇÃO ANEXA DO ATENDIMENTO NO DIA DO TRAUMA, NÃO HÁ MENÇÃO A QUEIXA/LESÃO EM COLUNA. APRESENTA, EM MOMENTO DE PERÍCIA, RX DE COLUNA CERVICAL QUE CONSTA: RETIFICAÇÃO DA LORDOSE FISIOLÓGICA CERVICAL; AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES ÓSSEAS MORFOLÓGICAS E TEXTURAIS; REDUÇÃO DOS ESPAÇOS INTERVERTEBRAIS CERVICAIS. PERICIADA NEGA QUE TENHA REALIZADO OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICOS. NEGA TRATAMENTOS MÉDICOS ESPECÍFICOS CORRELATOS.**
**JOELHO E - REFERE QUE, APÓS A ALTA HOSPITALAR, REALIZOU ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS POR CONTA SINTOMATOLOGIAS CORRELATAS. TRAZ EM MOMENTO DA AVALIAÇÃO PERICIAL EXAME DE RNM DE JOELHO ESQUERDO COM DATA DE 06/02/2020, ASSINADO POR DR MARCELO PINHEIRO CRM/RN 6763 EM QUE SE LÊ: DISCRETAS ÁREAS DE EDEMA/IMPACTAÇÕES ÓSSEAS FÊMORO-TIBIAIS POSTERIORES LATERAIS. LEVE EDEMA INTERTICIAL/ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. CISTO DE BAKER ALONGADO, DE PEQUENO VOLUME E MAL DEFINIDO, MEDINDO 2,5CM, ESTENDENDO-SE COM DISCRETO EDEMA/PERITENDINITE INSERCIONAL DOS TENDÕES COMUNS DA PATA ANSERINA. LEVE EDEMA EM PARTES MOLES SUBCUTÂNEAS E NAS BURSAS INFRAPATELARES.**

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

**Tratamento: FRATURA EXPOSTA FALANGE DISTAL DO 4ºQDD - CIRURGIA.**
**Data da Alta: 26/02/2019**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**ANQUILOSE FALANGE DISTAL 4ºQDD.**
**JOELHO ESQUERDO - DOR À MOBILIZAÇÃO/ LEVE LIMITAÇÃO FUNCIONAL.**
**COLUNA: SEM ALTERAÇÕES OBJETIVAS AO EXAME.**

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

**( X ) Sim** ( ) Não

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

**( X ) Sim** ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ANQUILOSE FALANGE DISTAL 4ºQDD.**
**JOELHO ESQUERDO - DOR À MOBILIZAÇÃO/ LEVE LIMITAÇÃO FUNCIONAL.**

**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 o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
**4º DEDO DA MÃO - Lado Direito**
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
**( X ) 50% médio** ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
**JOELHO - Lado Esquerdo**
% do dano: ( ) 10% residual **( X ) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Elizabeth F. Tonello

**Dra. Elizabeth Fillard Tonello**
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707

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

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004373/2019

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/02/2019 15:29 Data/Hora Fim: 11/02/2019 15:47
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/02/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 26/01/2019 13:30

**Local do Fato**

Município: Mossoró (RN) Bairro: Centro
Logradouro: descida da ponte
Complemento: Próx. ao Banco do Nordeste

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: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

**Endereço**

Município: Mossoró - RN

**Nome Civil: PATRÍCIA DA COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Baraúna Sexo: Feminino Nasc: 30/10/1988
Profissão: Manicure e Pedicure
Estado Civil:Solteiro(a)
Nome da Mãe: Jurandir da Cruz Costa

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.775.064-67

**Endereço**

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Maximiliano Urbano de Sales Nº:410
Bairro: Barrocas
Telefone: (84) 99461-9951 (Celular)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo** Veículo
**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta
**Placa** MZE6214
**Renavam** 00151673918
**Ano/Modelo Fabricação** 2009/2009
**Cor** Azul
**Marca/Modelo** Honda Fan 125
**Veículo Adulterado?** Não
**Quantidade** 1 Unidade
**Situação** Meio Empregado

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---|---|

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

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004373/2019

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---|---|
| Patrícia da Costa | Proprietário |

## RELATO/HISTÓRICO

A comunicante declarou que conduzia a sua moto quando o autor do fato a "trancou" na via com a sua motocicleta; Que, em razão do ocorrido, perdeu o controle da sua moto, vindo a colidir contra a traseira de um carro parado na via; Que o autor do fato se evadiu do local do fato declarado; Que sofreu queda da sua moto na via; Que se encaminhou para atendimento no HRTM; Declarou o presente BO para fins protocolares de solicitação do DPVAT; Que não desejou representação criminal; Nada mais disse nesta declaração.

## ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Responsável pelo Atendimento
MAT. 1690205

Patrícia da Costa
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."