



Número: **0802807-04.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **12/09/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.981,25**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PATRICIA DA COSTA (AUTOR)		HELIA CRISTINA DE QUEIROZ CHAVES (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
101075150	30/05/2023 22:23	Petição	Petição
101075151	30/05/2023 22:23	2807888_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL Anexo 02	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08028070420218205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PATRICIA DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 26 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
OAB/RN 11929



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/05/2023 22:23:05
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23053022230538800000095317879>
Número do documento: 23053022230538800000095317879

Num. 101075150 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/05/2023 22:23:05
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305302223053880000095317879>
Número do documento: 2305302223053880000095317879

Num. 101075150 - Pág. 3
Pág. Total - 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 ANQUILOSE FALANGE DISTAL 4ºQDD.
físico: 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 DIREITA 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

BRADESCO1103202005000000000023703226000000002041151875 PAGO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

011.775.064/67 PATRICIA DA COSTA

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:

MANICURE

8 - Endereço:

R. MAXIMILIANO URBANO S.M.R.

9 - Número:

410 CASA

11 - Bairro:

BARROEN

12 - Cidade:

MOHOP

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59691-370

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(84) 99461-9951

17 - Tel (DDD):

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3926

CONTA:

0002041

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 (no 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(s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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:

MOHOP/PR - 17/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019





CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

DADOS DO CLIENTE

PATRICIA DA COSTA

CFF 011 775 064-6/105 20408596027

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
BAIRRO RENOVA COMUS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

RUJIA MAXIMILIANO URBANO DE SALES
410

BARRIO CASAPUEA URBANA
MOSSORO RN
59021-370

CONTABILIZATO	MESE/ANNO
0852090456	06/2019
DATA DI VINCENTO	DATA DI PRESSIONE E CANCELLAZIONE
26/06/2019	19/07/2019

92.32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	33,0000000	0,20869755	6,89
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,25480157	24,83
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	62,0000000	0,53229228	44,17
Adicional Bandeira AMARELA			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,66
ICMS-Pantufa Submetronada			7,40
Multa por atraso-NF 054403250 - 17/05/10			8,97
Juros por atraso-NF 034401900 - 17/05/10			1,60
Atualização ICMS-NF 034402995 - 17/05/10			0,36
			0,95

TOTAL DA FATURA

92 32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (VWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
20481887	CAT	17-05-2012	38119,00	18-06-2012	38106,30	32	1,07020		189,70

RECEITAS DE CORRENTES		APORTAÇÃO DE RECURSOS			COMPOSIÇÃO DE CUSTOS	
R\$ MILHÕES		R\$ MILHÕES			R\$ MILHÕES	
ANO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (DO IMPORTE)	Origem da Energia	PIB
2010	168				Tratamento	PIB 3,31
2011	188				Tratamento (Custos)	PIB 2,02
2012	144				Possui de Energia	PIB 0,62
2013	163				Indústria Setorial	PIB 1,74
2014	177				Indústria	PIB 14,12
2015	102				Total	PIB 23,88
2016	158					100%
2017	184					
2018	184					
2019	176					
2020	146					
2021	165					
2022	182					
2023	141					
2024	166					
2025	166					

Cálculo do PIB do PIB
 Cálculo do PIB do PIB
 Cálculo do PIB do PIB

4029 7069 4780 8595 8402 1040 3460 8743

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

44. *Chrysomelidae* (beetles)
45. *Curculionidae* (beetles)
46. *Elmidae* (beetles)
47. *Geometridae* (moths)
48. *Grasshopperidae* (grasshoppers)
49. *Hemiptera* (true bugs)
50. *Homoptera* (true bugs)
51. *Ichneumonidae* (wasps)
52. *Leptidoptera* (butterflies and moths)
53. *Lygaeidae* (true bugs)
54. *Mantodea* (mantids)
55. *Meloidae* (beetles)
56. *Meloididae* (beetles)
57. *Meloididae* (beetles)
58. *Meloididae* (beetles)
59. *Meloididae* (beetles)
60. *Meloididae* (beetles)
61. *Meloididae* (beetles)
62. *Meloididae* (beetles)
63. *Meloididae* (beetles)
64. *Meloididae* (beetles)
65. *Meloididae* (beetles)
66. *Meloididae* (beetles)
67. *Meloididae* (beetles)
68. *Meloididae* (beetles)
69. *Meloididae* (beetles)
70. *Meloididae* (beetles)
71. *Meloididae* (beetles)
72. *Meloididae* (beetles)
73. *Meloididae* (beetles)
74. *Meloididae* (beetles)
75. *Meloididae* (beetles)
76. *Meloididae* (beetles)
77. *Meloididae* (beetles)
78. *Meloididae* (beetles)
79. *Meloididae* (beetles)
80. *Meloididae* (beetles)
81. *Meloididae* (beetles)
82. *Meloididae* (beetles)
83. *Meloididae* (beetles)
84. *Meloididae* (beetles)
85. *Meloididae* (beetles)
86. *Meloididae* (beetles)
87. *Meloididae* (beetles)
88. *Meloididae* (beetles)
89. *Meloididae* (beetles)
90. *Meloididae* (beetles)
91. *Meloididae* (beetles)
92. *Meloididae* (beetles)
93. *Meloididae* (beetles)
94. *Meloididae* (beetles)
95. *Meloididae* (beetles)
96. *Meloididae* (beetles)
97. *Meloididae* (beetles)
98. *Meloididae* (beetles)
99. *Meloididae* (beetles)
100. *Meloididae* (beetles)



caern COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, TIVOL, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.325/0001-35 (INSC. Estadual: 20055439-5)
Autim. Co. (RJ) 94.279.422/0001-00 (RJ) 8423-4682

ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE
115

CONTA DE CONSUMO Nº 115
08/12/2018 ÀS 09:27:22

SERVIÇOS

DATA: 12/2018

CONDIÇÕES DO CLIENTE

ALTERIR SOARES
RUA MAXIMILIANO URBANO DE SALES, N. 410 -
BARROCAS MOSSORO RJ 211-370

INSCRIÇÃO 305.012.262.0073.000 ROTA 13 SEQ. ROTA 5266 QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL POURO

HIDRÔMETRO Y175844729 SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
11/2018	11	09/2018	14	07/2018	11	13
10/2018	14	08/2018	12	06/2018	19	

DESCRIÇÃO
AG. ENTRE 50 E 100H 1 UNIDADE(S)
10 - 39,90 POR UNIDADE
15 H3 - R\$ 4,40 POR H3
VIGÊNCIA 11/2018

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 H3	10	3,38
1 H3	1	4,40

TRIBUTOS

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	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 EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA CONTA É DE 12 MESES, COM DATA DE VENCIMENTO A 14 DE DEZEMBRO DE 2018



		DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSP 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 S/C (para redações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 S/C (para dúvidas e sugestões de falas): 0800 022 12 06 Central Ouvidor: 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/BIBLIOTECAM/BOCOMUNICACAO/ASX77MPO=1&CODIGO=29636 A Circular SUSP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastros 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 CDAF. * Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. * Conselho de Controle de Atividades Financeiras - CDAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.			
Pelo exposto, eu <u>MATHEUS SOARES</u> inscrito (a) no CPF/CNPJ <u>009.734.544.60</u> na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário <u>PATRISTHA DA COSTA</u> do sinistro de DPVAT cobertura <u>PLUVIADAR</u> da vítima <u>PATRISTHA DA COSTA</u> inscrito (a) no CPF sob o nº <u>011.775.064.67</u> conforme determinação da Circular Susep 445/12. Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____			
Declaro: _____ 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:	<u>R. MATHIAS VIEIRA S.M.S.</u>	Número:	<u>412</u>
Bairro:	<u>PARACURU</u>	Cidade:	<u>PARACURU</u>
E-mail:		Estado:	<u>PA</u>
		CPF (DDD):	<u>59681.37</u>
Local e Data: <u>Paracuru/PA, 12/12/2019</u> Assinatura do Declarante: <u>X. Livia Soares</u>			



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 38604 /2019

Admissão: 26/01/2019 14:36:06

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 32417 - PATRICIA DA COSTA (37 a 2 m 26 d)

Nascimento: 31/10/1981

Natural: BARAUNA, BRASIL

CNS:

CPF: 01177506467

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: JURANDI DOMINGOS DA CRUZ

Prof:

Pai: FRANCISCO LUIZ DA COSTA

Logradouro: MAXIMIANO URBANO DE SALES, 410

CEP: 59621370

Bairro: BARROCAS

Telefone: 84.94619951 84.94619951

Compl:

Cidade: MOSSORO

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Origem: SOZINHA

Tipo: REGULADO

*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 MÃO ESQUERDA

Hora: 15:05 Paciente refere acidente de moto e carro há 1:30 h - Veio a este serviço por transporte próprio. Neg. vômito e perda de consciência. Relato tentou pegar voluntários. Refere dor em 4º dedo da mão esquerda.

(A) Vias aéreas, púrpura sem cervicalgia

(B) MV 4 em AIT

(C) hemodinamicamente estável sem sangramento estável.

(D) ECG: H pupila isocórea e fotoreagentes.

(E) Apresenta dor em mão D -

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/02/2019

SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1 Solicito avaliação do ortopedista.			
Anteped - Anal - Sal Pequena			
Tram 7: 600 por acidente motorizado.			
Ref. Ferimento em dedo anelar, no 4º proximal. Hemorragia em 4º			
Ref. Ferimento Epist. falange distal 4º GDD			
CD Analg. A7B; Curat; Realiz limpeza com SF; Curat e Recurv com ant			

*Saída:

() Decisão médica - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna: Dr. Guilherme Garcia Biondo, Ortopedia e Traumatologia, 04/2017/TEO13341 (carimbar)

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/05/2023 22:23:05

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23053022230554400000095317880

Número do documento: 23053022230554400000095317880

Num. 101075151 - Pág. 7

Pág. Total - 10

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-NTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS
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 HCTM.

DIAGNÓSTICO: FRACTURA 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 traque medular e joelho ESQ.

SEQUELAS:

a) DOR e dificuldade funcional na mão direita, com perda funcional de 30%.

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%.

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

Clínica Otava 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 manhãs

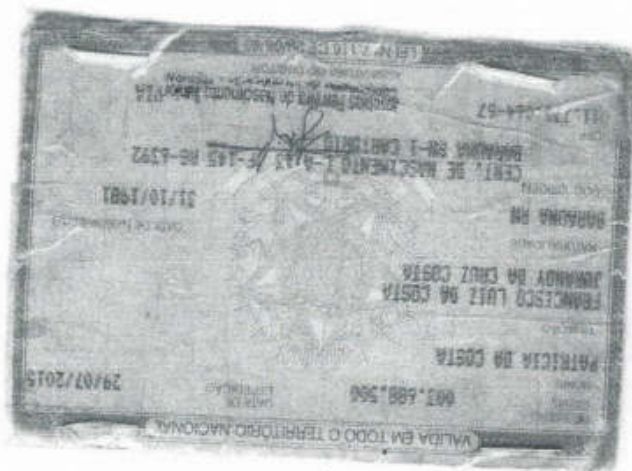
CO10 T92 + T93 + M54.5

2 Meses 04 de Fevereiro de 2020

[Assinatura]

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - MIO 1408RJ







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

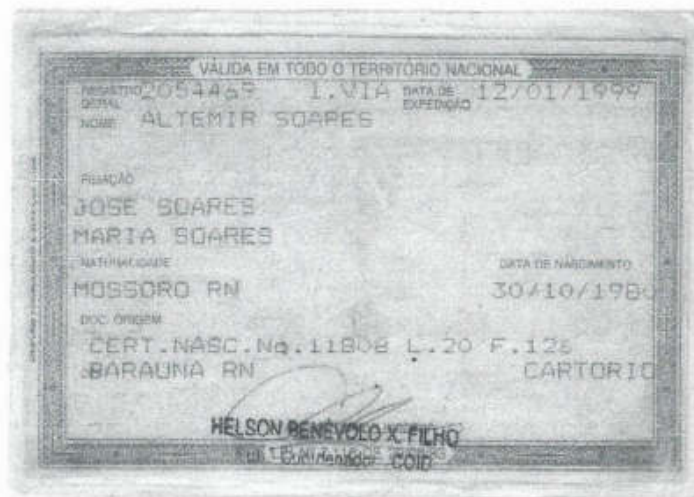
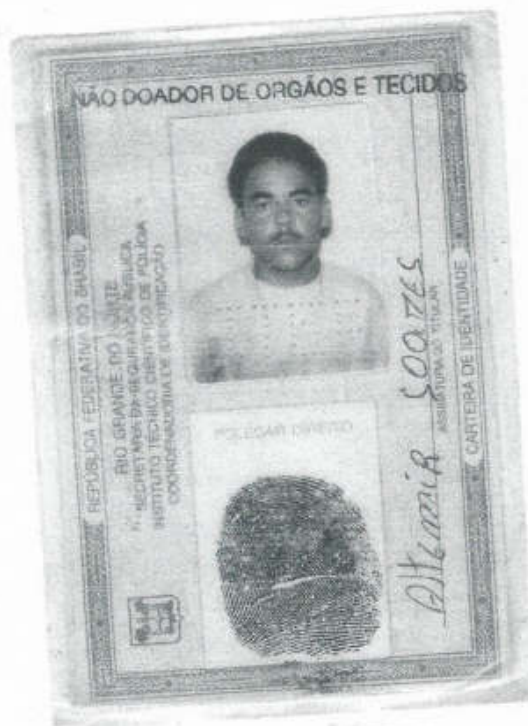




Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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







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).



[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PATRICIA DA COSTA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA Profissão: MANEIRO Data do Acidente: 30/04/2019
Cobertura INVALENT portador(a) do RG 003688500, órgão expedidor
SSP/PA e do CPF: 011.775.064/67 residente no(a)
R. MAXIMILIANO URBANO DE SALES nº 410,
bairro: BATAENA, município: MARABÁ / PA.



estado civil: SOLTEIRO Profissão: TRABALHADOR CLT portador(a) do RG 3054469, órgão expedido SS/RN e do CPF: 009734544-60, residente no(a) R. MAXIMILIANO URBANO DE ENES nº 480 bairro: PARQUE, município: MOSSORÓ / RO.

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



Patrícia da Costa

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Sabá, 107 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84) 3317-48
Titular: Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2019-016400
Reconheço por autenticidade a firma de:
PATRICIA DE COSTA.....

Assinado na presença: Ocu 78
Em testemunho da verdade:
Mossoró - RN - 28/11/2019 18:22:42
SERIE DE NOVA VISTA - TABELA SUBSTITUTA

SELO DIGITAL 8N281000040040013000TCD
Para consultar o selo digital:
<https://selodigital.tjrn.jus.br>
SMOL-RS 4.03 PCRCN-RS 2.00 SUI-RS 2.00
ISS-RS 2.00 FUNAR-RS 2.00

AA5M225



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

Número do Sinistro: 3200028080

Vítima: PATRICIA DA COSTA

CPF: 011.775.064-67

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRICIA DA COSTA

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: 14/02/2020
Nome: ALTEMIR SOARES
CPF: 009.737.544-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

ALTEMIR SOARES

Camila Feitosa Pedrosa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

Vítima: PATRICIA DA COSTA

CPF: 011.775.064-67

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRICIA DA COSTA

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

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ALTEMIR SOARES
CPF: 009.737.544-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
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

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/05/2023 22:23:05

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23053022230554400000095317880>

Número do documento: 23053022230554400000095317880

Num. 101075151 - Pág. 21

Pág. Total - 24



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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (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

5 - Nome completo: PATRICIA DA COSTA 6 - CPE: 011.775.064/67
7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: R. MAXIMILIANO URBANO SALRE 9 - Número: 410 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BARRAGEM 12 - Cidade: MONTES 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59691-370
15 - E-mail: (84) 99461-9951 16 - Tel (DDD): 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: 19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 3986 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.

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 5.194/74), 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 5.194/74.

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 (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 (nascitor)? ☐ 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)

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/05/2023 22:23:05

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23053022230554400000095317880

Número do documento: 23053022230554400000095317880

Num. 101075151 - Pág. 23

Pág. Total - 26

**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

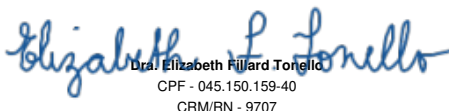
Número do Sinistro: 3200028080
Nome do(a) Examinado(a): Patrícia da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maximiano Urbano de Sales, 410 Casa
Barrocas Mossoro RN CEP: 59621-370
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003.688.500
Data local do acidente: [26/01/2019]
Data local do exame: [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. PERICIA DA 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 INTERICIAL/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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) 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, §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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 | Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 à valoração do dano corporal.

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


Dra. Elizabeth F. 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

Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/02/2019

Delegado de Polícia: Valtair Camillo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 26/01/2019 13:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: descida da ponte

Complemento: Próx. ao Banco do Nordeste

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput

da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: PATRICIA DA COSTA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Manicure e Pedicure

Estado Civil: Solteira(a)

Nome da Mãe: Jurendir da Cruz Costa

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.775.064-67

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Maximiliano Urbano de Sales

Bairro: Barrocas

Telefone: (84) 99461-9951 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Placa MZE6214

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

Marca/Modelo Honda Fan 125

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motocicleta

Renavam 00151673918

Cor Azul

Veículo Aduaneiro? Não

Situação Meio Empregado





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	Proprietário
Patrícia da Costa		

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

Heider Emerson Nogueira Jerônimo

Responsável pelo Abandono

PM. 1690905

Patrícia da Costa
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) detentor(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 320-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Consequência do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Valdir Camilo de Paiva
Impresso por: Heider Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 11/02/2019 15:47
Protocolo nº: Não disponível

