



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
111823356	03/12/2023 16:04	<a href="#">Petição</a>	Petição
111823357	03/12/2023 16:04	<a href="#">2807888_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Petição



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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.518,75 (UM MIL E QUINHENTOS E DEZOITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MOSSORO, 29 de novembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040197200000104997556>  
Número do documento: 23120316040197200000104997556

Num. 111823356 - 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040197200000104997556>  
Número do documento: 23120316040197200000104997556

Num. 111823356 - 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

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BARROEN

12 - Cidade:

MOHOP

13 - Estado:

PR

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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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

CONTA:

0002041

9

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040204700000104997557

Número do documento: 23120316040204700000104997557

Num. 111823357 - Pág. 3

Pág. Total - 6





**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: 20055436-5)  
Autim. Co. (RJ) 54.274.422-7 (Cidade) (RJ) 5423-4682

ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE  
115

CONTA DE CONSUMO FIA E SERVIÇOS  
08/12/2018 ÀS 09:27:22

MATRÍCULA: 12112 MÊS/ANO: 12/2018

**DADOS DO CLIENTE**  
ALTEIR SOARES  
RUA MAXIMILIANO URBANO DE SALES, N. 410 -  
BARROCAS MOSSORO RJ 21130-370

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

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

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 H3	3,38
1 H3	0,73

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



<b>DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO</b> <b>PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSP 445/12</b>	
Para mais esclarecimentos, acesse o site <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> 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	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico: <a href="http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAM/BOCOMUNICACAO/ASX77MPC=1&amp;CODIGO=29636">http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAM/BOCOMUNICACAO/ASX77MPC=1&amp;CODIGO=29636</a> 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>LETÍCIA 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> inscrito (a) no CPF sob o nº <u>011.775.064-67</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: <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Informar	
Declaro: <input checked="" type="checkbox"/> Informar a residência 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. NIA XIMILAU URBANO S.M.S.</u> Número: <u>412</u> Complemento: <u>CAISA</u> Cidade: <u>MAGGON/PA</u> Estado: <u>PA</u> CEP: <u>59631-37</u> Tel. (DDD): _____	Local e Data: <u>Maggon/PA, 12/12/2019</u> Assinatura do Declarante: <u>Letícia Soares</u>





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 QUIRÓDACTILO 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 cirúrgico de urgência na mão direita.
- Tratamento conservado do trauma raque medular e joelho esquerdo.

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 permanência 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 - NIB 14984







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

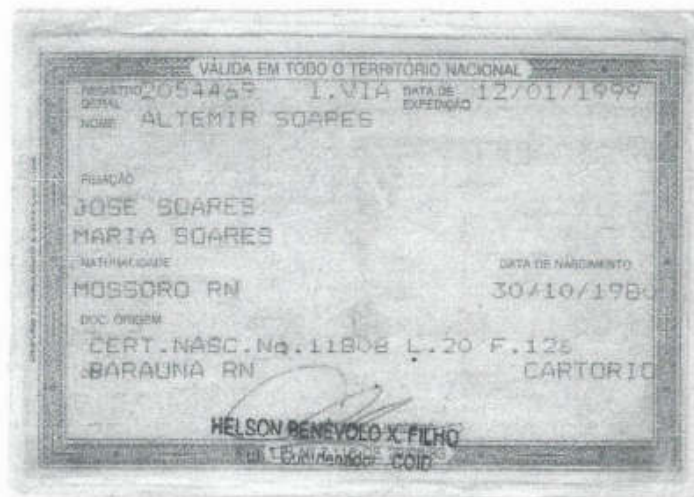
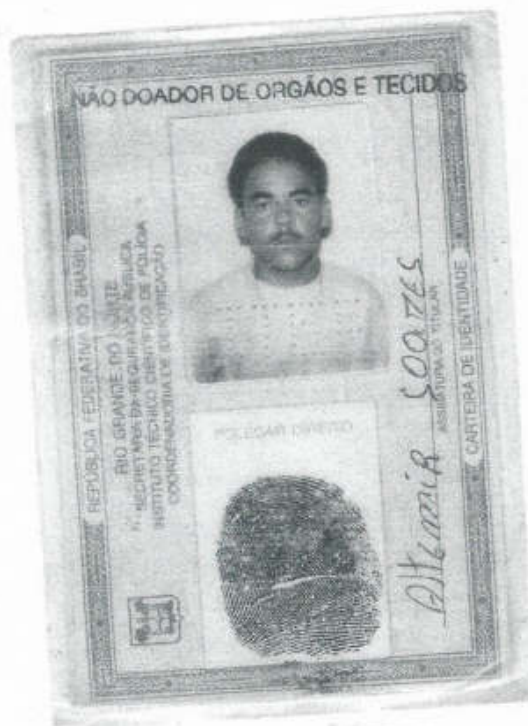




Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(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).



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS**

**DETRAN - RN**  
**Nº 014244726299**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 1  
RUA: 00151673918  
Cidade: MOSSORÓ/RN  
NOME: PATRICIA DA COSTA

CPF: 011.779.064-67  
PLACA: WZB6214  
CLASS: 9C23C41209R019277  
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

VEICULO: HONDA/CG 125 FAN ES  
CATEGORIA: 1  
ANO FAB: 2009  
ANO MOD: 2009

OCV/124 CILINDRADAS  
COTA UNICA: R\$ 0,00  
VENC: 11/04/2019  
PREMIUM: 3R  
PREMIO TOTAL (R\$): 3R  
LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

MOTOR: JCA1E29019271  
MOSSORÓ/RN  
20/03/2019

**SEGURO OBRIG. ORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRILHSPRATADAS OU RAO - SEGURO DPVAT**

**RN Nº 014244726299** **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2013

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

VIA 1  
RUA: 00151673918  
Cidade: MOSSORÓ/RN  
NOME: PATRICIA DA COSTA

CPF: 011.779.064-67  
PLACA: WZB6214  
CLASS: 9C23C41209R019277  
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

VEICULO: HONDA/CG 125 FAN ES  
CATEGORIA: 1  
ANO FAB: 2009  
ANO MOD: 2009

OCV/124 CILINDRADAS  
COTA UNICA: R\$ 0,00  
VENC: 11/04/2019  
PREMIUM: 3R  
PREMIO TOTAL (R\$): 3R  
LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

MOTOR: JCA1E29019271  
MOSSORÓ/RN  
20/03/2019



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: PATRICIA DA COSTA, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRA Profissão: MANEIRA Data do Acidente: 30/04/2019  
Cobertura INVÁLIDA portador(a) do RG 003688500, órgão expedidor  
SSP/PA e do CPF: 011.775.064/67 residente no(a)  
R. MAXIMILIANO URBANO DE ALMEIDA 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 / PR.

**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



Patricia 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 fe  
Em testemunho da verdade:  
Mossoró - RN - 28/11/2019 16:22:42  
SERIE DE NOVA VISTA - TABELA SUBSTITUTA

**SELO DIGITAL** 8N281003040040013000TCD  
Para consultar o selo digital:  
<https://selodigital.tjrn.jus.br>  
SMOL-RS 4.03 PROCN-RS 2.58 2019-RS 5.00  
ISS-RS 0.00 FUNAR-RS 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 - 03/12/2023 16:04:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040204700000104997557>

Número do documento: 23120316040204700000104997557

Num. 111823357 - Pág. 21

Pág. Total - 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040204700000104997557>  
Número do documento: 23120316040204700000104997557

Num. 111823357 - Pág. 22  
Pág. Total - 25



# 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

5 - Nome completo: PATRICIA DA COSTA 6 - CPF: 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) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 3986 CONTA: 0002041 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23120316040204700000104997557

Número do documento: 23120316040204700000104997557

Num. 111823357 - 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**

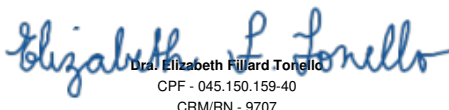
Número do Sinistro: 3200028080  
Nome do(a) Examinado(a): Patrícia da Costa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maximiano Urbano de Sales, 410 Casa  
Barrocas Mossoro RN CEP: 59621-370  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003.688.500  
Data local do acidente: [ 26/01/2019 ]  
Data 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?  
☒ (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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
☐ ( ) "Vítima em tratamento"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*  
☐ ( ) "Sem sequela permanente"  
*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>4º DEDO DA MÃO - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>JOELHO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> (X) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 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 - 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 Camilo 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

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: PATRICIA DA COSTA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Manicure e Pedicure

Estado Civil: Solteira

Nome da Mãe: Jurendir da Cruz Costa

Documentos

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

Marcas/Modelo Honda Fan 125

Quantidade 1 Unidade

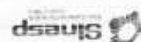
Nome Envolvido

Envolvimentos

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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





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 249-Comunicação Criminal e 249-Comunicação Criminal e 249-Comunicação Criminal 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

