



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	Petição	Petição
111823357	03/12/2023 16:04	2807888_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL Anexo_02	Petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a 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 Duto 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



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. 1
Pág. Total - 1

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 - 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



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 PERICIA, RX DE COLUNA CERVICAL QUE CONSTA: RETIFICAÇÃO DA LORDOSE FISIOLÓGICA CERVICAL; AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES ÓSSEAS MORFOLOGICAS 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 FÉMORO-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 DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequelas

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
BRADESCO11032020050000000002370322600000002041151875 PAGO



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. 2
Pág. Total - 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
211.775.064/67 PATRICIA DA COSTA			

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:	PATRICIA DA COSTA		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
MANICURA	R. MAXIMILIANO URBANO SALAS	970	CASA
11 - Bairro:	MONTEIRO	13 - Estado:	14 - CEP:
BITARIM		PE	59691-370
15 - E-mail:	(84)9946-0951 09907-3313		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	(Informar o dígito se existir)
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Solicite o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>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.</p>		

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicite o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	30 - Vítima deixou herdeiros (filhos):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar vivos:	33 - Vítima deixou pais/mães vivos?	
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	herdeiros (filhos):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - Inscrição de Identificação de Beneficiário (IIB)	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, <i>Monterrey - 17/10/2019</i>	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>X - Mônica da Costa</i>	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

IPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





ANEXO 4 - CONSOLIDADO DE VERSATILIDADE
Pague no contado em parcelas. Valores líquidos da compra, divididos em 12 parcelas de R\$ 1000,00 cada uma. A taxa de juros é de 10% ao mês. O pagamento deve ser feito dentro de 30 dias. A taxa de juros é de 10% ao mês. O pagamento deve ser feito dentro de 30 dias.

[View original post](#)
on [Harmontibet.org](#) [July 2012](#)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02
<https://pjie1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2312031604020470000104997557>
Número do documento: 2312031604020470000104997557

Num. 111823357 - Pág. 4
Pág. Total - 7

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Senador Salgado Filho, 1855, Triv. CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.332/001-33 (INSC. Estadual: 20055.436-3
Autim. Cognitiva: 3.227.432/Divulgação) (84) 3233-4865

NOTA DE CONSUMO - FA - E SERVIÇOS

08/12/2018 AS 09:27:24

MATRÍCULA:	2117	MÊS / ANO:	12/2018			
DADOS DO CLIENTE						
ALTEHIR SOARES RUA MAXIMILIANO URBANO DE SALES, N. 410 - BARROCAS MOSSORÓ RN 521-370						
INSCRIÇÃO	ROTA	SEGUROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
365.012.262.0073.000	13	526b	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO				
Y175844729	LIGADO	POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (L)		DATA LEITURA: 08/12/2018				
		LEIT. ATUAL:	1+0			
		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	
DESCRITIVO		CONSUMO		TOTAL (R\$)		
AG		ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		10,43		3,38
		10 - 39,99 PGS UNIDADE		1 H3		
		15 H3 - R\$ 4,46 POR H3				
		MUTUAL IDADE 11/2018				
TRIBUTOS		BASE DE CALCULO		PERCENTUAL(%)		VALOR DO IMPOSTO
PIS		44,45		1,65		0,73
COFINS		44,45		7,6		3,38
VENCIMENTO:		18/12/2018		TOTAL A PAGAR:		45,33
O FERCEL LIA CUNHA T ERVA,				EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA 2018		



Assinatura do Declarante

Local Data

Pelo exposto, eu	<u>MARCELA SOARES</u>	Pelo exposto, em
inscrito (a) no CPF nº	<u>009.734.544-60</u>	na qualidade de Procurador (e) / Interveniente (a) do Beneficiário
inscrito (a) no CNPJ nº	<u>011.335.064-67</u>	inscrito (a) no CPF sob o nº
na qualidade de Fazendeiro (e) / Interveniente (a) do Beneficiário	<u>MARCELA SOARES</u>	do beneficiário
na qualidade de Fazendeiro (e) / Interveniente (a) do Beneficiário	<u>MARCELA SOARES</u>	da vítima
inscrito (a) no CPF sob o nº	<u>011.335.064-67</u>	de sinistro de DPVAT cobertura
inscrito (a) no CPF sob o nº	<u>011.335.064-67</u>	contrame determinação da Circular Susep 446/12.
Dados Profissionais:	<u>Renda:</u> _____	e apresento os documentos comprobatórios.
Declaro Informar		

Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de violadores de leis, regulamentos e regras de trânsito - SRF - ou que respondam por controlar e fiscalizar os meios de segurança, previdência social, assistência social e outras finalidades disciplinares.

Areceua em formear sa informaçoes de professores de renda, nesse formulário, nao impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Declaração, essa recausa é passível de comunicação ao DCAE.

pesos), informes que ofrecen a los profesionales de la salud de rendimientos medios, al igual que se respecta la documentación de probabilidad.

<http://www.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTAL/ASPECTO/18-0001G0-29636>

O presidente do Conselho de Administração, conforme estabelece a Circular número 44/12.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ES-16-170-00020 TEQUENDAMA RIVER - 90.71 770,000 / Fresh and saline water exchange

SUPERGAS, 24 horas por día, 0800 022 81 89. SICOPAR, el directorio de empresas y profesionales de la construcción, 0800 222 12 96.

Geprüfte und aktivierte (perforierte) Stahlrohre mit Abmessungen 80x80 bis 22x24 mm
Gefertigt aus Stahlrohren mit einem Durchmesser von 80 mm, die geprüft und aktiviert wurden.

“SCHÉMA DE GESTION DES RISQUES”, RESSOURCE D’AIDE À LA GESTION DES RISQUES

www.semestraldecalculo.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes endereços

71. РИА «ФРЮНД» ПОДДЕРЖАЛА АКЦИЮ ВОЛОНТЕРОВ

TABLE 1. PROBLEMS WITH THE INTEGRATION OF INFORMATION TECHNOLOGY INTO THE CURRICULUM

PESQUISA FISCAL DA RUA ARSUSP-445/12

<http://www.oxfordjournals.org/oxrep/>

www.dover.com

Digitized by srujanika@gmail.com

amente por: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02

<http://143.91/Procesos/ConsultaDocumentos/listView.aspx?scam3r=23120316042034700000104997553>

ento: 23120316040204700000104997557





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 38604 /2019
Admissão: 26/01/2019 14:36:06

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 31/10/1981

Natural: BARAUNA, BRASIL

CNS:

CPF: 01177506467

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: JURANDI DOMINGOS DA CRUZ

Prof.

Logradouro: MAXIMIANO URBANO DE SALES, 410

Pai: FRANCISCO LUIZ DA COSTA

CEP: 59621370

Bairro: BARROCAS

Telefone: 84 94619951 84 94619951

Cidade: MOSSORÓ

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SOZINHA

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS:

						Classificação:		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 colisão moto e carro há 1:30 hs. Veio a este serviço por transporte próprio. Negou vômito e perda de consciência. Piloto tentava fugir voluntário. Refere dor em figurnodáctilo.

- (1) visus áureos, reflexos normais cervicais
- (2) PVR H um ALT
- (3) hemodinamicamente estável sem sangramento estável.
- (4) ECG: HS pupilas irregulares e fotonegativas.
- (5) apresenta dor com máo D -

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

SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
(1) Solicito atendimento do ortopedista.				
Ortoped - Anel - Sal Figueira				
Traum 1: 600 p/ cunhado histopatol.				
C.R. Examen em 15 dias negativo; não persiste. Membranulam num. all				
Rx: Tratamento Emporj falando dental 4:600				
SAÍDA: -				
(1) Decisão médica - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna:		Dr. Guilherme Garcia Ribeiro Ortopedia e Traumatologia 081 3287 / TEOT 33541 (carimbar)		
CID _____	Proc. _____	Data: _____ / _____ /19. Hr: _____ : _____	Médico _____	

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



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. 7

Pág. Total - 10

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATÓGICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

A paciente PATRICIA DA COSTA, 38 ANOS de idade, MANICURE, CPF: 011.775.064-67 HISTÓRICO: Acidente de TRÂNSITO, MOTO COM CARRO, em via pública. ocorrido no dia 26 de JANUARO de 2019. Atendida no HSTM.

DIAGNOSTICO: Fratura exposta do 4º QUERODACTILO DIREITO, com FRAGMENTAÇÃO INTRAARTICULAR NA FACALANGE DISTAL + TRAUMATISMO RÁQUE-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 ráque medular e joelho esq.

SINTOSES:

- a) Dor e dificuldade funcional na mão direita, com perda funcional de 20%.
- b) Dor lombar, intensa e que se exacerba com movimentos ou simples permanecia em pé.
- c) Dor e instabilidade no joelho esquerdo com perda de função de 30%.

Policlínica Médica
Rua Júlio Passos, 68 - Centro
Fone (64) 3321-6221
Horário 08:00 a 14:00 a partir das 10h da manhã

Aselho escuro com
perda de função de
30%

Clinica Octávio Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (64) 3317-3630
Horário 08:00 a 14:00 a partir das 07h as 09h30min
3ª e 5ª Todas as manhã

0910 T92 + T93 + M54.9

1 Mostrou 0% de melhora de 2020

Fax: William Corrêa Ferreira
Ortopedista - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1180PRN - Nub 14019J





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. 9
Pág. Total - 12



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

Dígito 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

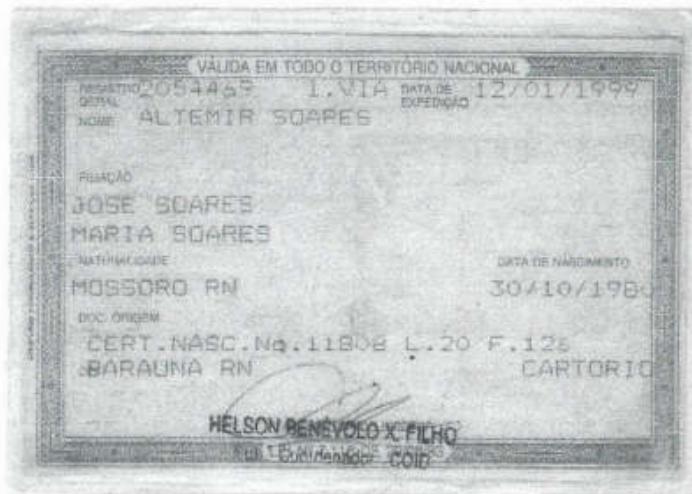
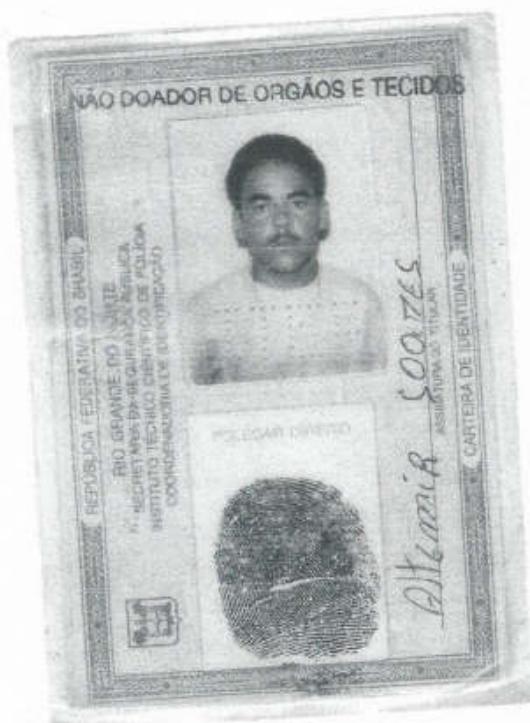




Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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





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. 12
Pág. Total - 15



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**

Dígito 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).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 014244726299
DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
00161613918

2019

1
PATRÍCIA DA COSTA

NOME

011.715.064-67

PLACA

922JC112093019277

CHASSIS

M226214 /RN

ANO MODELO

HONDA/C9 125 FAN ES

CATEGORIA

PLACA

0CV/124 CILINDRADAS

ANO FAB.

CONJUNTO

DATA DE MANUTENÇÃO

11/04/2019

VEÍCULO TOTAL PAGO

R\$ 0,00

VALOR PAGADO

PARCELA MENSAL PAGO

DATA DE VENCIMENTO

*** LICENCIAMENTO DETRAN / PAGO ***

DATA DE CADASTRO

OBSEVAÇÕES

MOTOR: JC41E29019277

DATA

20/03/2019

MISSÃO / BN

DATA

20/03/2019

Carteira de Motorista do Brasil

BR

SEGURO OBIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU NOS SUA CARGA, A PESSOAS

DETAT

TR

INSPORADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN Nº 014244726299 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO:
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

00161613918 HONDA/C9 125 FAN ES

922JC112093019277

PLACA

M226214

CHASSIS

ANO FAB.

2009

DATA

2019

VALOR

DPVAT PAGO

VALOR PAGO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PATRICIA DA COSTA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA Profissão: MANIEIRA Data do Acidente 30/04/2019
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 003.689.560, órgão expedidor
SSP/SP e do CPF: 011.775.064/67 residente no(a)
R. MAXIMILIANO URBANO DÓ ZAVI nº 410,
bairro: BANDEIRANTES, município: MASSARANDUBA.



estado civil: SOLTEIRO Profissão: TODOPOR OLEO portador(a) do RG
3054469, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 009737544-60, residente
no(a) R. MAXENTIOVIANO URBANO DR ENES nº 460
bairro: PARNAM, município: Mossoró / PO.

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 Rosta
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Sabáu, 107 - Centro, Mossoró - RN, 29600-120 FONE: (84)3917-68
Titular: Edilmar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2019-016400
Reconhecido sob autoridade e firme de:
PATRICIA DA COSTA

Assinado na presença - Deu fé
Em testemunha da verdade.
Assinante - RN 28/11/2019 16:32:42
Assinante - RN 28/11/2019 16:32:42
CRIZA DE LIMA VIEIRA - TRABALHO SUBSTITUTA

SELO DIGITAL RN201904049040013005200
Para consultar a sua validade
<https://selodigital.tjrn.jus.br>
RN01-RN 4.02 PRCNP/RN 0.20.500.000.00
TAN: RN 0.00 FUNAF RN01-RN

AA594725

ACEITE NÃO ENCONTRADO NA BASE DE DADOS



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. 16
Pág. Total - 19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

Número do Sinistro: 3200028080

Vítima: PATRICIA DA COSTA

Data do acidente: 26/01/2019

CPF: 011.775.064-67

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRICIA DA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



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. 17
Pág. Total - 20

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023908/20

Vítima: PATRICIA DA COSTA

CPF: 011.775.064-67

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2019

Titular do CPF: PATRICIA DA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALTEMIR SOARES : 009.737.544-60

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

PATRICIA DA COSTA : 011.775.064-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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



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. 18
Pág. Total - 21



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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15383704



Cap. 00393/00394 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2312031604020470000104997557>
Número do documento: 2312031604020470000104997557

Num. 111823357 - Pág. 19
Pág. Total - 22



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.

Pag. 00463/00464 - carta_32 - INVALIDEZ



00080232

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

Carta nº 15397590



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. 20
Pág. Total - 23



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

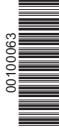
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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 15556612



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. 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, retorno 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

Seguradora

LIDER

A Seguradora da Segurança Pública

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 PATRICIA DA COSTA

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

PATRICIA DA COSTA

7 - Profissão:

MANICURE
BARRAEM

8 - Endereço:

R. MAXIMILIANO URBANO SALVI

11 - Bairro:

MOTOPOL

12 - Cidade:

MOTOPOL

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59691-370

15 - E-mail:

(84)9946-0951

09507-3313

6 - CPF:

011.775.064/67

9 - Número:

970 CASA

10 - Complemento:

16 - Telef/DDI:

17 - Telef/DDD:

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRADESCO

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 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 herdeiro (herdeiros)?

 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 aqueles 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

Introdução
ao processo
de beneficiário
do Seguro DPVAT

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,

Monforte - 17/10/2019
X - MÁRCIO DA COSTA

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

IPMS/PR 0002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**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): Patricia da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maximiano Urbano de Sales, 410 Casa
Barrocas Mossoró 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 MENCÃO A QUEIXA/LESÃO EM COLUNA. APRESENTA, EM MOMENTO DE PERÍCIA, RX DE COLUNA CERVICAL QUE CONSTA: RETIFICAÇÃO DÁ LORDOSE FISIOLÓGICA CERVICAL; AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES ÓSSEAS MORFOLOGICAS 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 RNMI 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 FÉMORO-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/PERITENDINITIS 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DA MÃO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

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



GOVERNDO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLICIA CIVIL
2º. DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/12/2023 16:04:02
<https://pjefr.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2312031604020470000104997557>
Número do documento: 2312031604020470000104997557

Num. 111823357 - Pág. 25
Pág. Total - 28

**Delegado da Policia Civil/Viailiar Camilo de Freitas
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jardimmo
Data de impressão: 11/02/2019 15h57
PPIe - Procedimentos Policiais Eletrônicos**

**Protocolo nº: Nao disponível
Página 2 de 2**

Sinesp

Objeto: comunicação preventiva nos âmbitos da Operação do Controle da Circulação e Trânsito - Comunicação Falsa ou de Desvergonação da Cidade de Rio das Ostras.

(Vídeo / Comunicação)
Partida da Corte
Helder Emerson Nogueira Jardimmo
Responsável pelo Atendimento

NH. 1690905

A

ASSINATURAS

A comunicação declarou que condizia a sua moto quando o autor do fato a "varrou" na via com a sua motocicleta. Que, em razão do ocorrido, perdeu o controle da sua moto, viu de a colidir contra a passera 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 o endereço no RTRM; Declarou o presente BO para fins protocolares de solicitação do DPVAT; Que não desejou representar o crime;

RELATO/HISTÓRICO

Nome Envoltório	Partida da Corte
Endereços	Proprietário

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº: 004373/2019

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

