



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 Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373249

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

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



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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373249

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 00000030771-6

Nr. da Autenticação A1485816AE9BC960

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196796/19

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO N/

CPF: 751.668.604-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2017

Titular do CPF: RODRIGUES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS : 090.505.304-43

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

FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 751.668.604-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS
CPF: 090.505.304-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº da sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	CEP:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Nome:	Estado:	CEP:	T. (DDD) () Número:	
E-mail:	E-mail:			

Francisco Conrado Rorizels do Nascimento
REO PIONEIRA R. JOAQUIM FERNANDO
Nº 52 SENHORA ARE NATAL
ANALISA.R@GMAIL.COM.BR

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DOPÇÃO DE CONTA

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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL/104

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 00030771 6
 (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.

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 (ou invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções):

- 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 60 (sessenta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Sim Não Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa 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 399 do Código Penal.

Local e Data: Natal 20/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCULO RECEBIDO

10 JUN 2013

TERRADO SOL ADM.
 Assinatura: E CORRETORA DE SEGUROS

2º | Nome: _____

Assinatura: _____

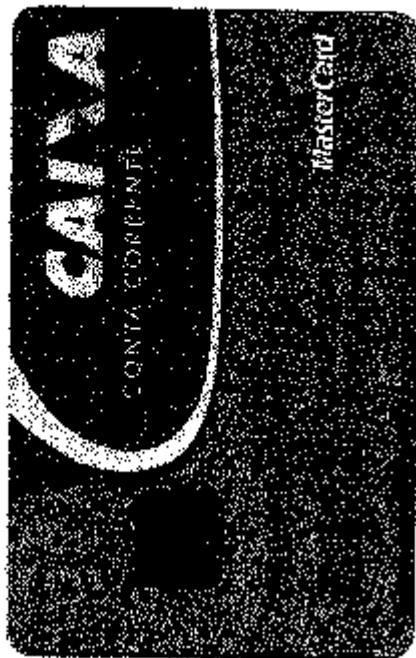
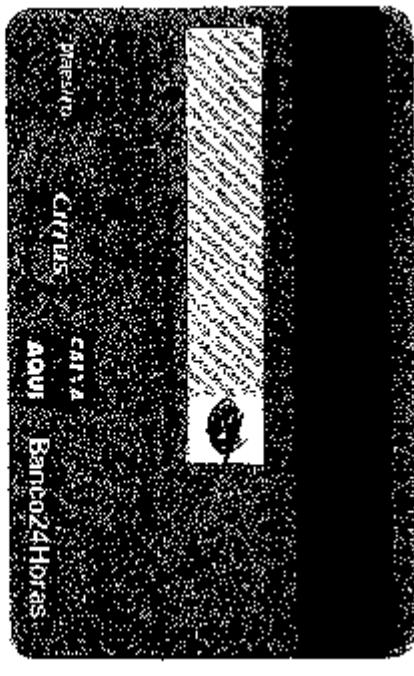
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RGPD
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL RGPD, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**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: 3190373249
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Caninde Rodrigues do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joadsom Fernandes, 75
Nossa Senhora da Apresentacao Natal RN CEP: 59114-103
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001288965
Data local do acidente: [13/04/2017]
Data local do exame: [23/07/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 21/11/2017

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

ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVACÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

- 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:

INVALIDEZ DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.

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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

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

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

Urai de Oliveira

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



1 - LOCAL E DATA

Local RN 063 Bairro PONTA NG. GABA
Cidade/UF SENAT P. Ref. 100518000000
Data 12/04/2017 Hora do acidente 16:00 Hora da registro 16:10 Dia da semana Quinta-Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s)

3 - VÍCULOS

Placa ou Chassi MVY 9717 Cidade SENAT UF RN
Marca/Mod. KIA MOTORS KAF 130 Cor BRANCA Ano 2003 / Mes 04
Proprietário JULSON DA SILVA SILVA 30.0005 Nº de Ocupantes 02
Condutor PAULINHO CARNEIRO ANTunes DO NASCIMENTO Data de Nasc. 26/10/1970
Endereço RUA JULSON FERNANDES Nº 25 Fone 983 8685137
Bairro SENAT SITIAPIA DA ADRIANO 1440 Cidade SENAT UF RN
CPF/N^o 751.648.607-22 CNH/N^o 02806582372 Validade 14/10/2017 Categoria B3
Local de Trabalho SENAT Fone 218.30160
End. RUA CARNAUBA 6700 RN Nº 33 Bairro SENAT ALTA Cidade SENAT

4 - VÍCULOS

Placa ou Chassi MAN 56.33 Cidade JOÃO PESSOA UF PB
Marca/Mod. FIAT IDEA ADVENTURE 1.0 16V Cor VERMELHA Ano 2010 / Mes 10
Proprietário JOAQUIM Ribeiro DE ALMEIDA Nº de Ocupantes 02
Condutor JOAQUIM Ribeiro DE ALMEIDA Data de Nasc. 18/10/1972
Endereço AV. 10 DE NOVEMBRO MONTANHEZ 1000 Nº 515 Fone 3913 5890
Bairro JOAQUIM Ribeiro Cidade JOAQUIM Ribeiro UF PB
CPF/N^o 012.353.353-04 CNH/N^o 00123.116089 Validade 05/10/2018 Categoria B
Local de Trabalho CLDF Fone 3216 1452
End. ROTA DOSOL KM 063 Nº 500 Bairro BALNEÁRIO DE INF. Cidade JOAQUIM Ribeiro

PROTÓCOLO
RECORRIDO

5 - VÍCULOS

Placa ou Chassi	<u>10 JUN 2013</u>	Cidade	<u>SENAT</u>	UF	
Marca/Mod.	<u>FIAT PALIO SOLADIM</u>	Cor	<u>VERMELHA</u>	Ano	<u>1</u>
Proprietário	<u>CB CORRETORA DE SEGUROS</u>	Nº de Ocupantes		Data de Nasc.	<u>1/1</u>
Condutor		Validade		Fone	
Endereço					
Bairro					
CPF/N ^o	<u>CNH/N^o</u>				
Local de Trabalho					
End.					

PROTÓCOLO
RECEBIDO

6 - VÍCULOS

Placa ou Chassi		Cidade		UF	
Marca/Mod.		Cor		Ano	
Proprietário				Nº de Ocupantes	
Condutor				Data de Nasc.	<u>1/1</u>
Endereço		Nº	Fone		
Bairro					
CPF/N ^o	<u>CNH/N^o</u>	Validade	<u>1/1</u>	Categoria	
Local de Trabalho					
End.					

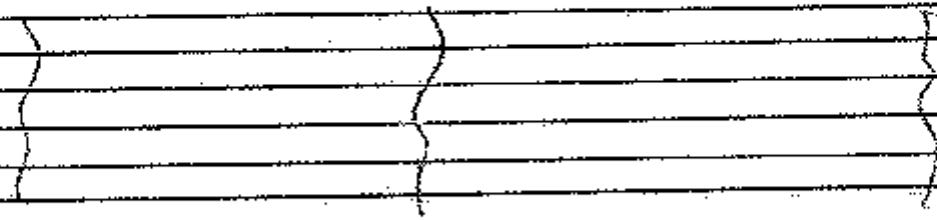
QUESTIONARIO DE CONDUÇÕES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RJ 863

Em que sentido? PARA MUITO A ESQUERDA

Em que faixa? FAIXA 10

Verão do condutor INFORMOU QUE NO PESSOAL PROTECAO ROTATIVA NAO FICOU NO
COLISÃO EM SEU DESENHO



Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RJ 863

Em que sentido? PARA MUITO A DIREITA

Em que faixa? DIREITA

Verão do condutor INFORMOU QUE O ÔNIBUS ESTAVA NA ROTATIVA SÓ NA FAIXA 9
ENTAO MAS NÃO PODEU FAZER A SINALIZAÇÃO SE A RUA É CORREDOR E PODE-
SE ATÉ SER VELHO DA RUA FAZER A SINALIZAÇÃO



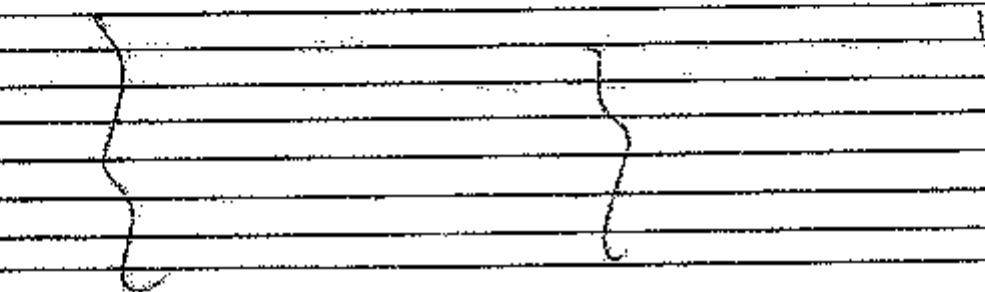
Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor



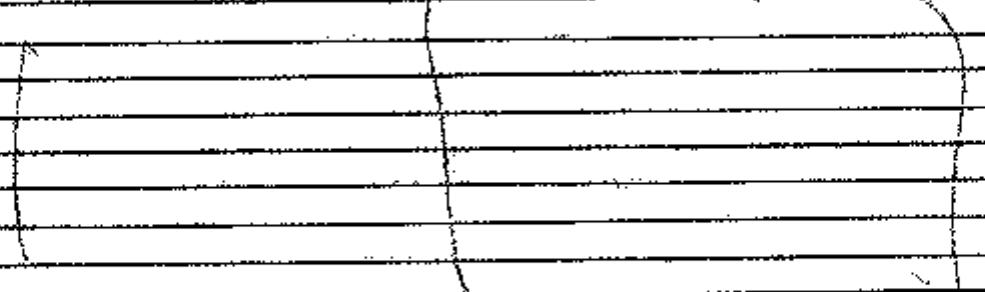
Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor



Assinatura do Condutor do V4

a) CONDIÇÕES DA PISTA

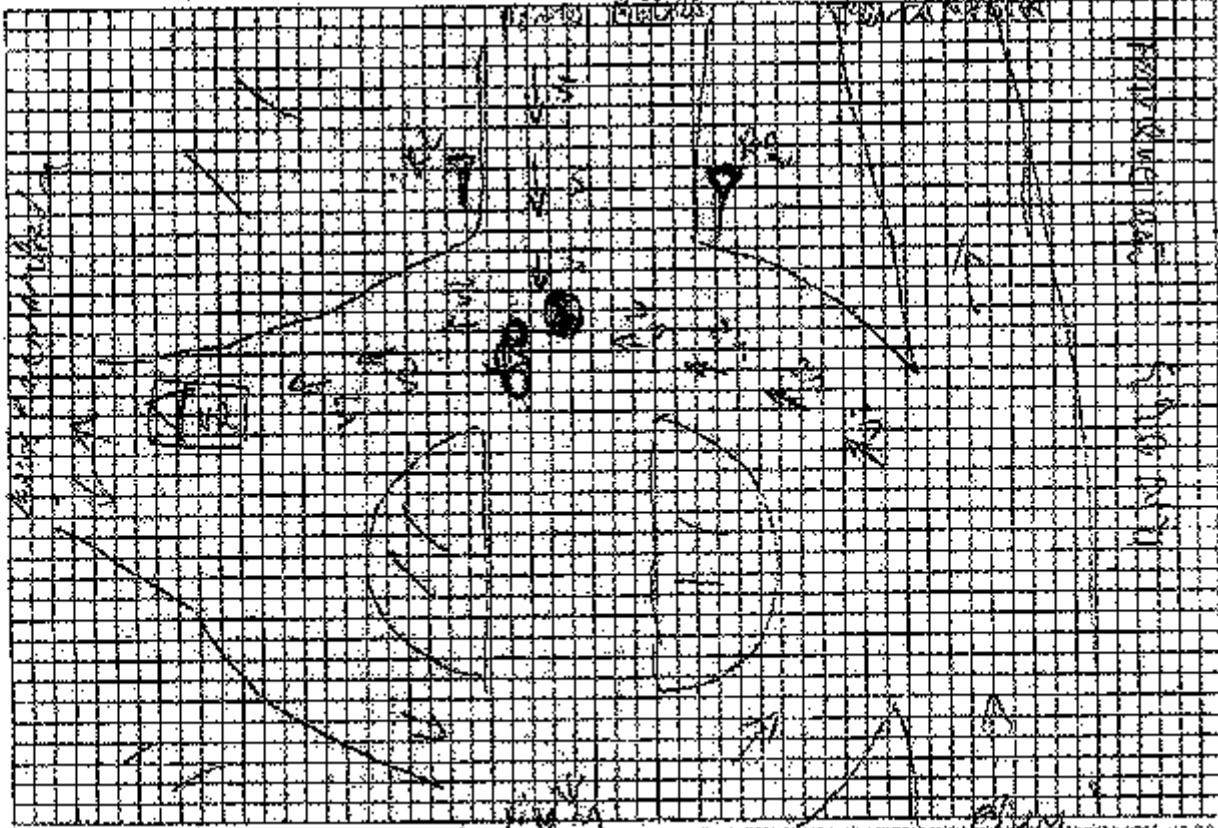
Luminosidade	Cond/ Tempo	Tipo da Pista	Curva/ Pista	Cond/ Pista	Identificação
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Fim de Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Andar escuro	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Acidente Ingresso	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Do Semaforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascudo	<input type="checkbox"/> Acidente Sua	<input type="checkbox"/> Pedaços D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e/ ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terço	<input type="checkbox"/> Declive Ingr	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Sua	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) R 2

Curva/ Pista	Cond/ Pista	Identificação
<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Do Semaforo
<input type="checkbox"/> Acidente Ingresso	<input type="checkbox"/> Pedaços D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Acidente Sua	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Declive Ingr	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) R 2
<input type="checkbox"/> Declive Sua	<input type="checkbox"/> Rua Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrificada
<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
<input type="checkbox"/> Lameirada	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Reitoria	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Siburação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Identificação
<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Do Semaforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Linha _____
<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) R 2
<input type="checkbox"/> Lombada eletrificada
<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
<input type="checkbox"/> _____

b) ESGRITO ACIDENTE DE TRÂNSITO

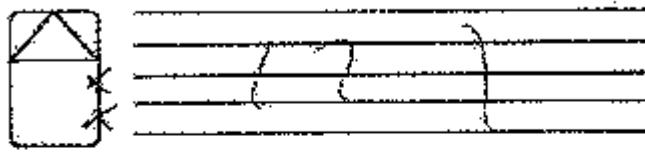
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



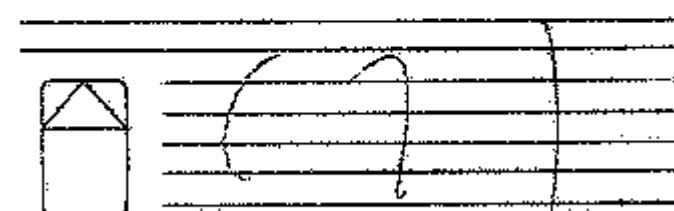
c) AVARIAS VISUAIS NA PISTA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1
PORTA DIANTEIRA DIREITA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA ESQUERDA ESTRUGIDA FALHA (SUSP)
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA E PINTURA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA E PINTURA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA E PINTURA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA E PINTURA DENTALHADA
PORTA DIANTEIRA DENTALHADA E PINTURA DENTALHADA

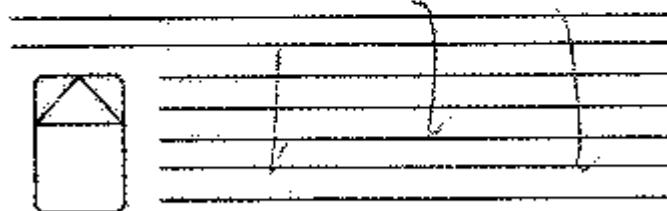
AVARIAS DO VEÍCULO 2
PORTA DIANTEIRA DIREITA DENTALHADA



d) AVARIAS DO VEÍCULO 3



e) AVARIAS DO VEÍCULO 4



11- Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro Passageira Passageiro
Nome FRANCISCO LEMOS LOPES DO NASCIMENTO RG N° 10.31.965 Órgão Expedidor 17DP Data de Nascimento 31/10/1972
Endereço AV. JOSÉ J. JORDAN FORTINERAS N° 75 Fone 996085722
Bairro NOVA SERRA DA APRESENTAÇÃO Cidade RIO DE JANEIRO UF RJ
Versão

Assinatura _____ Hora _____
12- Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro
Nome JOSÉ JOSÉ LEMOS LOPES RG N° 1123055 Órgão Expedidor 17DP Data de Nascimento 04/10/1972
Endereço AV. JOSÉ J. JORDAN FORTINERAS N° 75 Fone 996685182
Bairro NOVA SERRA DA APRESENTAÇÃO Cidade RIO DE JANEIRO UF RJ
Versão

Assinatura _____ Hora _____
13- Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro
Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão

Assinatura _____ Hora _____
14- Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro
Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão

Assinatura _____ Hora _____
15- **SOCORRISTA AUTORIZADO**
Nome _____ RG N° _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____ Órgão Exp. _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- **IMAGENS FOTOGRAFICAS** SIM NÃO NÃO SABE NÃO ALINHADA CONFESSADA

17- **OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**
Francisco Lemos Lopes

* Ficou RESPONSÁVEL PELA VÍTIMA FRANCISCO LEMOS LOPES DO NASCIMENTO
nº 10.31.965-10874

* COLOCAR DE VÍTIMA ASSINOU DEVIDO A GRAVÍSSIMA DAS PARALISIAS

Nome Completo do Agente Roberto Sampaio da OLIVEIRA
PÓS-GRAD: LEAO PM N° 20010413 Vizinho 110 Subord.: 9602
Local e Data NITERÓI . 13 de Abril de 2017 Padrão de Trânsito _____



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1314 - E-mail: epresetordestrafego@hotmail.com

Natal/RN, 27 de Abril de 2017.

BOAT nº: 95637

Data: 13/04/2017

Local: RN 063 - Ponta Negra - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ POP100 - MYY 9712

(V-2) FIAT/ IDEA ADVENTURE DUAL - MOW 5633

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceituou o artigo 28 o/c 215-II.


Alan Bruno Bráz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <https://www.dps.rn.gov.br> na leia da consulta do boletim.

Autenticação Número do boletim: 65637 Número da Decretação: 331361 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 18:38:02 Número Controle: 0886788658

*Somente podem valer legal os pareceres que vengam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

mais

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinalto ou ASL:
CPF da vítima:
Nome completo da vítima:

Francisco Caninde Rangel dos Reis
751.668.604-20

Nome completo:
CPF:

Profissão:
Endereço:
Número:
Complemento:

Barro:
Cidade:
Estado:
CEP:

E-mail:
TEL (DDD):
TEL (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 ATÉ R\$1.000,00
 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (342)
 Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: 6

(Informar o dígito se existir)
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que assinei uma das opções:

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:
 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro
Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:
Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?
 Sim Não
Se tinha filhos, informar quantos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
 Sim Não
Vítima deixou pais/avós vivos?

Vivos:
Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

Local e Data:

TESTEMUNHAS
PROTOCOLO RECEBIDO

Nome:
1º Nome: _____

CPF:
CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
2º Nome: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura

*) Assinatura de quem assina A RGA

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS 001 V001/2018
Assinatura do Corretor de Seguros



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

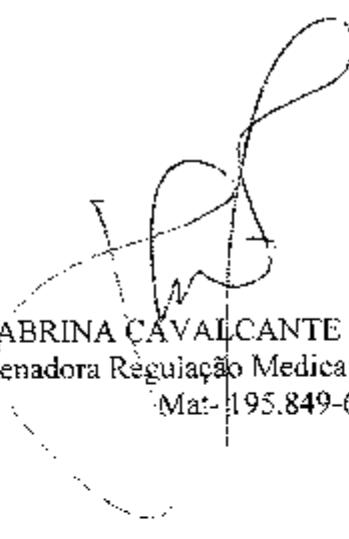
192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S254354 referente ao paciente **FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO** 45 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 13/04/2017 Parnamirim/RN vítima colisão carro/moto. Conforme ficha anexa.



Natal, 16 de agosto de 2017


SABRINA CAValcante de Macedo
Coordenadora Réguação Medica do SAMU 192 RN
Mat-195.849-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S254354
DATA DA OCORRÊNCIA:	15/08/2017 16:02:59
CIDADE:	PARNAÍBA
BARRA:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	ROTATORIA SENTIDO PIUM.
INTERESSADO:	MARCIO
TELEFONE:	(84) 3764-5232
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	15/08/2017 16:23:11

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
13/04/2017	16:02:58	team1	16531924	PROX- AO TRABALHAR
13/04/2017	16:02:58	team1	16531924	PROX- COND PONTA NEGRA BOULEVARD
13/04/2017	16:02:58	team1	16531924	PCTE- DESC ID- 00
13/04/2017	16:03:00	regsumu03	421638204	QTR SOLICITANTE: COLISÃO CARRO-MOTO. VITIMA CONSCIENTE. AUTORIZO USB EM COEIRO
13/04/2017	16:03:00	regsumu03	421638204	03
13/04/2017	16:03:29	regsumu03	421638204	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 04/13/17 16:05:29
13/04/2017	16:03:29	regsumu03	421638204	** Tipo do evento alterado de MO1 para MO2/M22G; às 13/04/17 16:05:29
13/04/2017	16:03:29	regsumu03	421638204	** -> by: WALKER FERREIRA DA SILVA na terminal: regsumu03
13/04/2017	16:03:29	regsumu03	421638204	** -> by: WALKER FERREIRA DA SILVA na terminal: regsumu03
13/04/2017	16:03:37	regsumu03	421638204	
13/04/2017	16:07:50	despsumu2	17496874	VIATURA USB44 DESPACHADA - Comendante da VTR (ICODS CIODS)
13/04/2017	16:09:34	despsumu2	17496874	VIATURA USB44 FM ROTA
13/04/2017	16:09:36	despsumu2	17496874	USB 44 ACIONADA E SAINDO DA BASE NACAIBA
13/04/2017	16:09:44	despsumu3	17496874	VTR DISPONIVEL MAIS PRÓXIMA NESTE QTR
13/04/2017	16:09:57	despsumu2	17496874	HORÁRIO: 16H07
13/04/2017	16:21:34	regsumu03	421638204	ENVIADE A USB 44
13/04/2017	16:21:36	regsumu03	421638204	CAIBO WILLINGTON INFORMOU QUE OS BOMBEIROS ESTÃO PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS
13/04/2017	16:26:37	regsumu02	55323904	
13/04/2017	16:30:32	regsumu02	55323904	USB 44, WILTON
13/04/2017	16:39:42	regsumu04	55323904	COLISÃO CARRO-MOTO
13/04/2017	16:39:51	regsumu04	55323904	HORA DE FOC CANINHÉ RODRIGUES DO NTO, 43 ANOS
13/04/2017	17:00:06	regsumu04	55323904	ESTAVA AO SOLO NA ABORDAGEM, CONSCIENTE, ORIENTADO
13/04/2017	17:00:09	regsumu04	55323904	PIPLAS ISU FOTO
13/04/2017	17:00:13	regsumu04	55323904	GLASGOW 15
13/04/2017	17:00:24	regsumu04	55323904	FRATURA FECHADA FM PUNHO ESQUERDO
13/04/2017	17:00:32	regsumu04	55323904	DOR EM REGIÃO PELVICA À D
13/04/2017	17:00:48	regsumu04	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO
13/04/2017	17:00:50	regsumu04	55323904	SBVY
13/04/2017	17:01:01	regsumu04	55323904	PA 120X90, FC 77, FR 20, SAT 98AA
13/04/2017	17:01:42	regsumu04	55323904	CD AC ESSO COM RINGER LACTATO
13/04/2017	17:01:51	regsumu04	55323904	SEGUIR OTS DO DEOCLÉCIO

13/04/2017	17:37:06	despam02	17496874	VIATURA USB44 CHEGOU AO LOCAL
13/04/2017	17:37:52	despam02	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CÓDIGO CL
13/04/2017	17:37:53	despam02	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CÓDIGO UG
13/04/2017	17:52:42	despam01	11176004	VIATURA USB44 FINALIZOU A Ocorrência como (HSR) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SR CRISTIAN

SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Nome Losango - Log. Postal 19510 - CEP 50231-970
 Informações de endereço pelo e-mail ou site
 Endereço informado
 Geolocalização
 Mudou-se
 Devolução de correspondência
 Envio para Procurador
 Envio para Entrega
 Envio para Arquivamento
 Envio para Detenção
 Envio para Detenção
 Envio para Detenção



Conte com a gente



FAC

91122222014-DRSPM

Bradecc



0132 - CTC SANTO ANDRÉ SPM PLS

FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO
R JOADSON FERNANDES 75
CASA NS SENHORA APR
59114-103 - NATAL, RN



720803953926507000000756830240717

PROTÓCOLO
RECEBIDO

10 JUN 2011

1. S. DO SOLADM.
CORRETORA DE SEGUROS

COLOMBO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Wanderon de França Domingos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 090 505 304, 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Camino Rodrigues de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 751668604, 20

do sinistro de DPVAT cobertura 11/2012 da Vítima Francisco Camino Rodrigues de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 751668604, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Rio Gurjão</u>	Número:	<u>04</u>	Complemento:	<u>-</u>	
Bairro:	<u>GRANJA</u>	Cidade:	<u>PARANAMirim</u>	Raia:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>ANALISTADIRETORIAL@GMAIL.COM.BR</u>				CEP:	<u>59149250</u>
					Tel (DDD):	<u>(84) 999982124</u>

Local e Data:

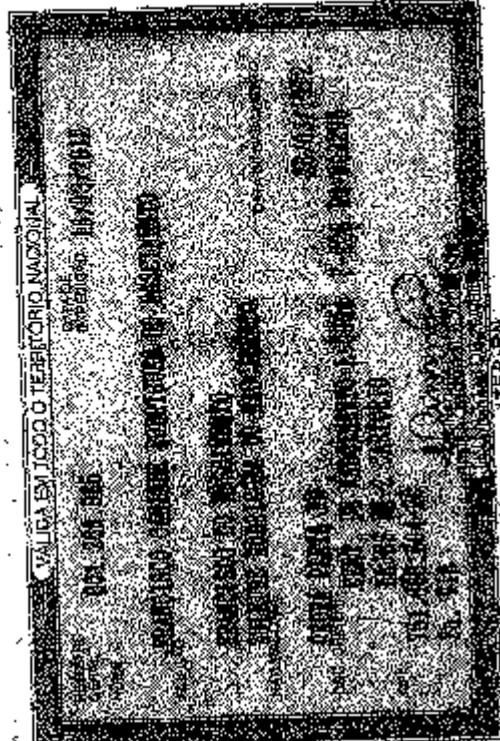
Porto - RN - 20 - MAIO - 2019

Wanderon de França Domingos
Assinatura do Declarante

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

10 JUN 2019

RECUSADO S/ ADM.
RECUSADO S/ ADM.



PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 JUN 2003
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **090.505.304-43**

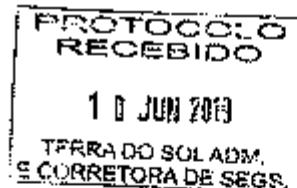
Nome: **WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS**

Data de Nascimento: **12/09/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/08/2007**

Dígito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:45:45** do dia **11/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7B78.F02B.9A7C.86AD**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

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

ANDERSON DE FRANCA DOMINGOS

DOC. MENCIONADO ORIG. EMISSOR / UF
002775855 ITAP RN

CPF DATA NASCIMENTO
090.505.304-43 12/09/1993

FILIAÇÃO

UBIRACI TOLEDO DOMINGOS

MARIA GELSONEIDE FRANCA
DOMINGOS

PERMISSÃO

PERMITIDA

ACCESO

CAT. MAR

Nº REGISTRO

05812125866

VALIDADE

30/10/2023

HABILITAÇÃO

27/06/2013

OBSERVAÇÕES

A

PROTÓCOLO
RECEBIDO

10 JUL 2013

TERRA D'U SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

LOCAL

BATAL, RN

DATA EMISSÃO

01/11/2013

Assinatura do Portador
Cleide Machado Pires
Assinatura do Portador / RN

04070337761
RN704482924

RIO GRANDE DO NORTE

PJe TJRN
Tribunal de Justiça do RN - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 0839452-91.2017.8.20.5001
em 15/05/2019 10:53:33 por MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Documento assinado por:

- MIELSON DOS SANTOS MENEZES



Consulte este documento em:
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1graui/Processo/ConsultaDocumento/ListView.scam>
usando o código: 19051510533381000000041532000
ID do documento: 42953190



181

ADVOCACIA & CONSULTORIA ESPECIALIZADA
**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (FZA) DE DIREITO DA 23^a VARA
CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

PROCESSO N.º 0839452-91.2017.8.20.5001

FRANCISCO CANINDÉ RODRIGUES DO NASCIMENTO, já devidamente qualificado nos autos da ação acima referida, vem ante Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado devidamente constituído que ora subscreve, apresentar a comunicação de desistência da demanda, uma vez que não mais pretende o objeto da presente ação ante o fato de ter entendido mais adequado procurar o prévio protocolo administrativo, o que não havia sido feito anteriormente ao ingresso com a presente demanda, razão pela qual inclusive resta impossibilitada a apresentação do documento requerido no último despacho proferido nos presentes autos, devendo este Juízo julgar extinto o processo sem resolução de mérito por desistência do Autor, observando-se ainda que este é beneficiário da Justiça Gratuita.

Termos em que pede e,
Espera Deferimento.

Natal (RN), 15 de maio de 2019.

Assinado de forma digital por
MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Dados: 2019.05.15 10:50:01
-0300

Mielson dos Santos Menezes
OAB-RN 12.018

23º Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
23º Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT
AC Fórum Seabra Fagundes, Rua Doutor Lauro Pinto 315, Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 50064-072

Processo: 0839452-91.2017.8.20.5001

Ação: PRÓCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

RÉU: SEGUROADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

D E S P A C H O

Vistos hoje..

Intime-se a parte autora para, por seu patrono, no prazo legal de 15 (quinze) dias, colacionar aos autos à comprovação do requerimento administrativo referente ao seguro indenizatório decorrente do acidente de trânsito narrado vestibularmente, encarando, conforme o caso, comprovante do valor parcialmente recebido, negativa de pagamento pela Seguradora ou comprovante de que a mesma não finalizou o procedimento no prazo legal, sob pena de extinção do processo, sem resolução de mérito (CPC, art. 485, VI).

Transcorrido em branco o referido prazo legal, o que a Secretaria certificará, volteam-nos conclusos para sentença.

Em caso de cumprimento a determinação do despacho zero, retorno-me os autos conclusos para despacho a fim de que seja aprovada perícia médica na parte autora.

R.T.C.

NATAL/RN, 6 de maio de 2019

EUSTÁQUIO JOSÉ FREIRE DE FARIAS

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

Assinado eletronicamente por: ENERGIA DO NORTE TECNOLOGIAS
https://pje.tjrn.jus.br/pje/painel_painel_usuario/ConsultarDocumento
/listview.aspx
ID de Documento: 42693577



1903071505581040000041289026

10 JUN 2013

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROSPROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Caniçar Rodrigues do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro(a), profissão Adv. Admin. documento de identificação 300110405, nº 1238965, data de expedição: 16/03/2012, CPF: 251.668.604-22, residente e domiciliado(a) na Rua Joaquim Farias, nº 75, Cidade: NATAL, Estado: RN, CEP 59.114-303. Tel. 1: (84) 99998-2124 Tel. 2: (84) 99806-3122

Outorgado: WANDERSON DE FRANÇA DOMINGOS, CPF 090.505.304-43 e RG: 002.775.855 com endereço cito à Rua Rio Eufrates, 04, no bairro de Emaús - Parnamirim/RN.

Poderes: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenização do Seguro DPVAT junto as seguradoras credenciadas à líder em todas as naturezas (Invalidez, Óbito, Dams), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela líder, realizar contestações junto à líder e a SUSEP.

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

NATAL, 13 de maio de 2013

Francisco Caniçar - R. do Nascimento
OUTORGANTE

