

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180255956**

Vítima: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Data do Acidente: **21/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180255956**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12917717



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180255956

Vitima: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 21/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180255956**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio Mendonça da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 206135 EXPEDIDO POR ITCP/AN EM 1 / 1 / 1 E  
CPF 129845404-25 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Receita  
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Mendonça da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como titular de conta de titular de seguro);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanada, colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4391-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.537-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADÉSCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

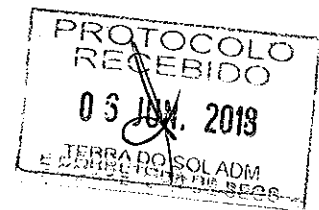
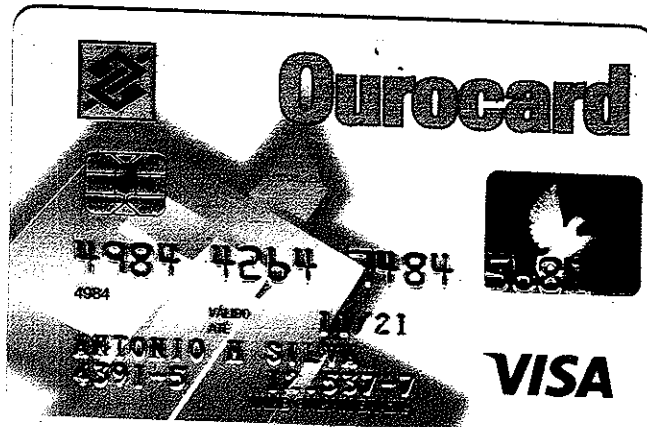
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



9-9976-0269



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201807000402

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 27/03/2018 10.37.56

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/03/2018 14.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA CHICO LINHARES

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROX AO ACAPUCOS

2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 12984540425

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.15 Telefone(s): 84 999760269

3.17 Número: 1397

3.19 Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: MIGUEL HERMINIO DA SILVA

3.6 Mãe: FRANCISCA MENDONCA DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 24/03/1949

3.14 RG: 206135 - ITEP/RN

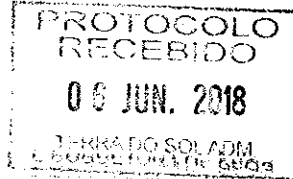
3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA ZECA DORICO

3.24 CEP:



4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: NOB6527

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal: 00000000000000000000

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

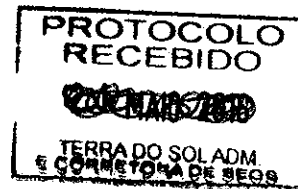
7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE VEIO A ESTA DELEGACIA E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO BIZ E NA GARUPA ESTAVA SUA NETA KATIA SAMARA DE MENDONÇA, QUANDO UM CÃO ATRAVESSOU A SUA FRETE E PARA NÃO ATROPELA-LO, FREOU BRUSCAMENTE E AMBOS VIERAM A CAIR AO CHÃO. O DECLARANTE DISSE QUE SUA SOBRINHA NADA SOFREU NO ACIDENTE. O DECLARANTE DISSE QUE FICOU LESIONADO E QUE FOI PARA UPA DO ALTO SÃO MANOEL POR POPULARES. O DECLARANTE RELATA QUE VINHA CONDUZINDO, GUIANDO, PILOTANDO SUA MOTO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DA OCORRÊNCIA.

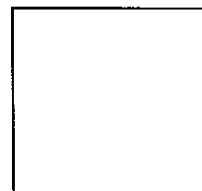
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 27/03/2018 10.37.56

Interessado



Plegar direito

Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 27/03/2018 10:38:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J201807000402

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Mendonça da Silva, portador da carteira de identidade nº 206135 e inscrito no CPF/MF sob o nº 129.845.404-25, residente e domiciliado na Rua Zeca Dorico, n.º 1397, Planalto Treze de Maio, Cidade Mossoró, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

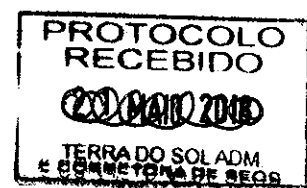
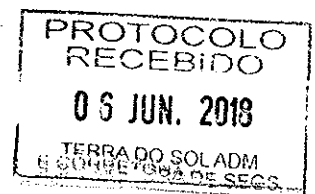
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Mendonça da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

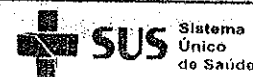
Mossoró/RN, 02/05/2018

Local e data





Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 156086

Atendimento Nº: 465882

Nome: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

Idade: 24/03/1949 (68a 11m)

Sexo: Masculino

Cartão SUS: 708601072663982

Nome da Mãe: FRANCISCA MENDONCA DA ROCHA

Profissão: APOSENTADO

Endereço (Rua/Av.): RUA ZECA DORICO

Nº: 1397

Complemento:

Bairro:

PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade:

(59633-190) MOSSORO/RN

Estado:

Telefone:

Clínica:

PEQUENA CIRURGIA

CPF DO PACIENTE: ()

Data:

21/03/2018

Hora:

14:14

Motivo da Procura:

PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

KENIA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO

( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS (V), DM: (V)

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

FC:

PA: 150x90

F.R:

Glasgow:

SpO2:

HGT:

PROTOCOLO RECEBIDO

03 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM. E COORDENADOR DE SEQS

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicação

( ) Observação

( ) Laudo para AIH

Saída: Data/Hora \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ h.

( ) Alta referido para UBS

( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência

( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E COORDENADOR DE SEQS

6. 14h15 min por restrição empresa com S.F. e portadores de gripa.  
na mordida em mão E. olhos e pé. Dm queda de moto. *Perd*

1) Vozinha Ampla Latência

14:36  
elza

2) Dexametasona 2,5ml

Dip. hansen

ABD

2.0

1.0

14:37  
Zélia Soares de Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN 100003

Dr. Claudio de Souza Fernandes  
Médico  
CRM 6554/RN

*de*

UPF - FARMACIA

OTOBOTOM  
COPB 3033  
REIS JAM 1.3





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

**NOTA FISCAL FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.186/0001-81 | Insc. Est. 20065199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ANTONIO MENDONÇA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ZECA DORICO 1397

CPF: 129.845.404-25

PLANALTO TREZE DE MAIO/ÁREA URBANA  
MOSSORO RN  
59633-190

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
003127037	ÚNICA	06/03/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/03/2018	3900260298	557004

CÓDIGO CONTRATO	MES/ANO
0467650017	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO
16/03/2018	06/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	88,33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
--------------------------	------------	-------------	-------------

PROTOCOLO  
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E COBREI TARRA DE SEGS

PROTOCOLO  
RECEBIDO

06 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E COBREI TARRA DE SEGS

Precuador

Local de Pagamento: Em qualquer banco até o vencimento						CPF/CNPJ 18238120000158		Agência / Código do Beneficiário 11500 / 00019544-1	
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.						Data do Documento 01/12/2017		Número do Documento 43706950	
Data do Documento 01/12/2017		Número do Documento 43706950		Espécie Doc. DM		Anexo N		Data do Processamento 01/12/2017	
Tipo do Banco		Código		Espécie de Moeda R\$		Quantidade de Moeda		Valor Moeda	
Instruções: Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo bdeito; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.						(a) Valor do Documento			
						(b) Desconto / Abatimento		0,00	
						(c) Outras Deduções		0,00	
						(d) Juros / Multa		0,00	
						(e) Outros Acrecidos		0,00	
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.						(f) Valor Cobrado		05414980454	
Pagador: Aldenor Nunes de Oliveira Neto Rua Manoel Veras 49 59619530 - Abolição - Mossoró RN						Código de Barra			
Sacador Avalista						Assinatura Avalista			



4 de 4

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E COMERCIAL DE SECS

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E COMERCIAL DE SECS

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

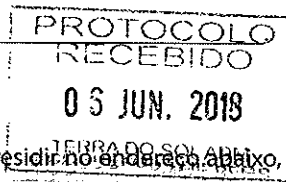
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Aldemir Nunes da Oliveira Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.149.804-54 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Antônio Mendonça da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ 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 Líder-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.

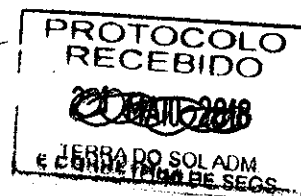
Endereço <u>Rua Monell Veroz</u>		Número <u>49</u>	Complemento
Bairro <u>Abolição II</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.619-530</u>
Email <u>aldemirnetoado@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>18419889374</u>	Telefone celular (DDD)

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.

Local e Data

Aldemir Nunes da Oliveira Neto

Assinatura do Declarante





Estado do Rio Grande do Norte  
**Prefeitura Municipal de Mossoró**  
Secretaria Municipal da Saúde



**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

Unidade: **UPA TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA**

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: **156086**

Atendimento Nº: **465882**

Nome: **ANTÔNIO MENDONÇA DA SILVA**

Idade: **24/03/1949 (68a 11m)**

Sexo: **Masculino**

Cartão SUS: **708601072663982**

Nome da Mãe: **FRANCISCA MENDONÇA DA ROCHA**

Profissão: **APOSENTADO**

Endereço (Rua/Av.):  
**RUA ZECA DORICO**

Nº: **1397**

Complemento:

Bairro: **PLANALTO TREZE DE MAIO**

Cidade: **(59633-190) MOSSORÓ/RN**

Estado:

Telefone:

Clínica: **PEQUENA CIRURGIA**

CPF DO PACIENTE: ( )

Data: **21/03/2018**

Hora: **14:14**

Motivo da Procura: **PRONTO ATENDIMENTO**

Rubrica Servidor:  
**KENIA**

Assinatura do Paciente:

**ACOLHIMENTO:** ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: **Ansiedade de início de escarificação no joelho**

Antecedentes Alérgicos: **Não**

HAS (N), DM (N)

Assinatura: **[Assinatura]**

Classificação: **[Assinatura]**

**ANAMNESE:**

**Historial de Acidente de**  
**Joelho escarificado com**  
**Ansiedade**

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PA: **150x90** F.R.: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_  
SpO2: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO RECEBIDO**

**05 JUN. 2018**

**TERRA DO SOL ADM. E SECRETARIA DE SEGS.**

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS**

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

**PROTOCOLO RECEBIDO**

**TERRA DO SOL ADM. E SECRETARIA DE SEGS.**

14h15 min por realizado cirurgia com S.F. e pontos de ginecologia  
em mãos E. olhos e pe. Doy. Queda de mto. *perd*

1) Vagina Amp. Latente

14:36  
elza

2) Doxantrona 2.50

Diph. h. 2.0

ABD

14:37  
Zélio Soares de Oliveira  
Téc. Enfermagem  
OPEN 10000

Dr. Cláudio de Souza Fernandes  
Médico  
CRM-65541 RN

UPF - FARMACIA

PROTÓTIPO  
CIRURGIA  
MÓDULO 1.5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANTONIO MENDONÇA DA SILVA

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 881749294

IDENTIFICACAO

FOTO

DOCUMENTO / ORGANIS. DE  
 206135

CPF  
 129.945.404-25

DATA NASCIMENTO  
 24/03/1949

PLACAO  
 MIGUEL HERMINIO DA  
 SILVA  
 FRANCISCA MENDONÇA DA  
 SILVA

SEXO  
 M

ACD  
 2D

CATEGORIA  
 2D

C. REGISTRO  
 00515855899

VALIDADEZ  
 16/10/2018

EMISSAO  
 20/07/1974

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL  
 MOSSORÓ, RN

DATA EMISSAO  
 18/10/2013

ASSINATURA DO EMISSOR


84188479540  
 RN701637018

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 881749294

PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
 06 JUN. 2018  
 TERRA DO SOL ADM  
 E CONHECIDA DE SECS...

PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
  
 TERRA DO SOL ADM  
 E CONHECIDA DE SECS...

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

DOC IDENTIDADE / ORGANISMO UF  
001832780 SSP RN

CPF  
054.149.804-54 DATA NASCIMENTO  
10/07/1992

PRIMAÇÃO  
FRANCISCO NERIVAN DUARTE  
ANA MARIA DUTRA DE OLIVEIRA DUARTE

PERMISSÃO ACC CATAS

Nº REGISTRO 05079513396 VALIDEZ 11/01/2021 1ª HABILITAÇÃO 17/11/2010

1157651716

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1157651716

OBSERVAÇÕES

Assinatura de Aldenor Nunes de Oliveira Neto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 12/01/2016

63481145615  
RN702344638

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
05 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
E COORDENADORIA DE SEGS

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
05 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
E COORDENADORIA DE SEGS



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD-RENAVAM: 000472227 PLACA: 129.845.404-25 EXERCÍCIO: 2017

NOME: ANTONIO HENRIQUE DA SILVA

CPF/CNPJ: 129.845.404-25

PLACA ANT./UR: 129.845.404-25

CHASSI: 3C20C4820D8265809

ESPECÍFICO: 129.845.404-25

MARCA/MODELO: HONDA/312 125 FS

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP/POT/CIL: 007/121 125/125 2 CATEGORIA: 125/125 2

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: R\$ 10,50 VENC. COTA ÚNICA: 07/05/2017

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 10,50 OF (R\$): 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

PREMIO TOTAL (R\$): 10,50 DATA DE PAGAMENTO: 07/05/2017

FAIXA/PVA: 002006-35 PARCELAMENTO: 10,50

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

RN Nº 015.104.270235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800-022-1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 04/05/2017

CPF/CNPJ: 129.845.404-25 PLACA: 129.845.404-25

RENAVAM: 000472227 MARCA/MODELO: HONDA/312 125 FS

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CHASSI: 3C20C4820D8265809

PREMIO TARIFÁRIO: 10,50

CUSTO DO BILHETE (R\$): 10,50

PAGAMENTO: 10,50

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PROTOCOLO  
RECEBIDO

05 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM

PROTOCOLO  
RECEBIDO

05 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180255956 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM JOELHO E PÉ DIREITO+MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CLÍNICO+ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Fernanda C. G. Fonseca*

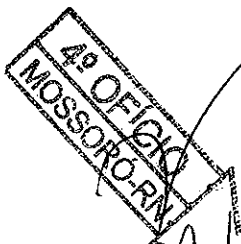
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Antônio Mendonça da Silva  
brasileiro, casado, apresentado  
portador(a) do RG nº 206135, inscrito(a) no CPF sob o número  
129.845.404-25, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.  
Rua Zeca Dericó, nº 1397, Planalto Treze de Maio,  
Mossoró/RN, CEP 59.633-190

**OUTORGADO:** ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, solteiro,  
advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número  
054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro,  
Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

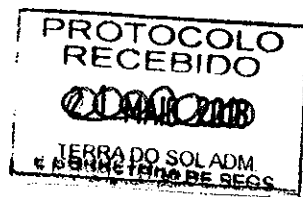
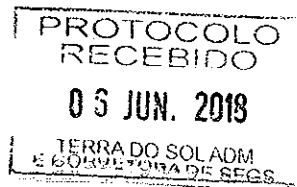
**PODERES:** O Outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para enviar  
documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone,  
ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Mossoró/RN, 27 de março de 2018.



Antônio Mendonça da Silva

OUTORGANTE



RECONHECO a firma em nome de  
Antônio Mendonça da Silva  
Fis.: 27  
verdade

27 MAR. 2018

☐ Maria Lucivam F. Silva Azevê  
☐ Maria Lucimar Fontes  
☒ Denis Fontes de Melo Souza  
☐ Isaias Prata de M. Júnior