
Rio de Janeiro, 06 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: 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



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, 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 TEP/A/N

EM / / E

CPF 123845404-05 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recepcionista

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais (*) 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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/scanner 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4391-5 N° da CONTA (com dígito, se existir) 12.537 -7

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

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

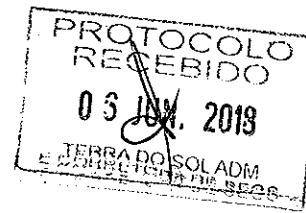
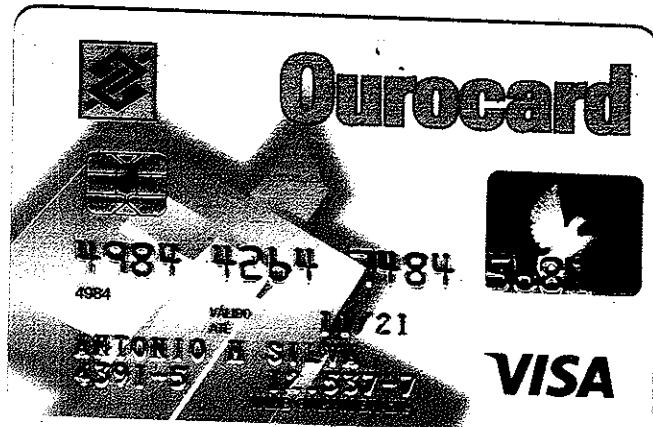
Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.

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 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: 1^a DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018070000402

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

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

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

PROTOCOLO
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGUROS

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: 0000000000000000000000000000

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:

PROTOCOLO
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGUROS

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 SOFRU 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)

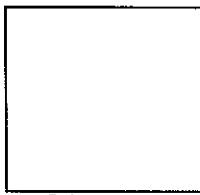
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 27/03/2018 10:37:56

Policia

Interessado



Polegar 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

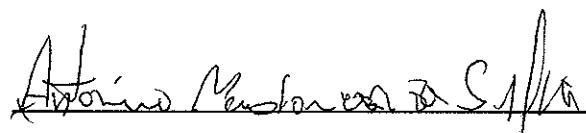
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

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 Donico, nº 1397, Pianalto 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.

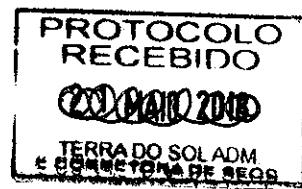
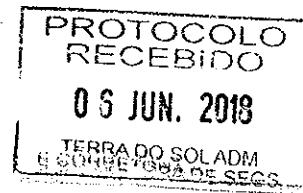
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

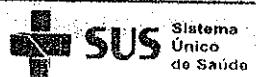
Mossoró/RN, 02/05/2018

Local e data





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



FICHA DE ATENDIMENTO E URGENCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCÉLOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 156086

Atendimento N°: 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: PLANALTÓ 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:		

ACOOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito
Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: *Mal de cabeça, de volta e escorregões no tronco*

Antecedentes Alérgicos: *Alérgico*

HAS (N) / DMI (S)

Assinatura: *kenia*

Classificação: *1*

ANAMNESE:

*Mal de cabeça de acordo com o paciente
Muito cansado e desidratado*

EXAME FÍSICO:	Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 150X90 F.R.: _____ Glasgow: _____	SpO2: _____ HGT: _____	PROTOCOLO RECEBIDO 06 JUN. 2018
			TERRA DO SOLADM E CONCESSIONÁRIA DE SEGS

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

- Laboratório: *Esgos*
 Radiológico: *Amostra*
 ECG: *HTD* Outros: *HTD*

Hipótese do Diagnóstico: *HTD*

CID:

Conduta: Medicação Observação Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Salida: Data/Hora / / às : h. Alta referido para UBS Óbito

Outra Unid. Urgência Especialidade

Internação no Hospital:

PROTOCOLO RECEBIDO <i>06/06/2018</i>
TERRA DO SOLADM E CONCESSIONÁRIA DE SEGS

as 14h15 min por respeito ao exame com S.F. e postiões de ginecologia
mais exames em novas E. gerais e pele Day quedo de moto. Fred

Vizinho Ana Lúcia

1h:36

elza

2) Doxazidasona 250mg

Diflunisal

ABD

200mg

04.37
Elza Soáres de Oliveira
Téc. Enfermagem
CRF-RN 10033

Dr. Cláudio de Souza Ferreira
Médico
CRM-RN 65541

elz





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

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menez, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MENDONCA DA SILVA

CPF: 129.845.404-25

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

VERMOS NOTA FISCAL	ABERTO	DEBES
003127037	ÚNICA	08/03/2018

DATA PESSENTAÇÃO	TIPO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/03/2018	3000280298	657004

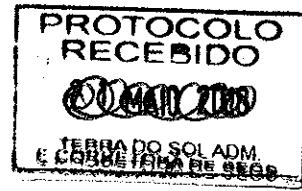
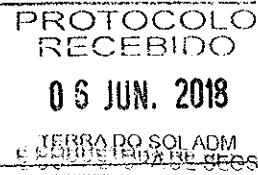
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ZÉCA DÓRICO 1397

PLANALTO TREZE DE MAIO/AREA URBANA
MOSSORÓ RN
59633-180

CONTA CORRENTE	VALOR A PAGAR (R\$)
0467650017	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PESSENTAÇÃO
16/03/2018	06/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	88,33

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL QUANTIDADE PREÇO (R\$) VALOR (R\$)

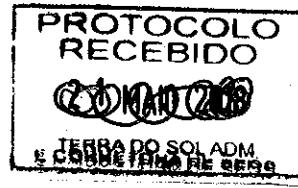


Procurador

Local de Pagamento Em qualquer banco até o vencimento					CPF/CNPJ	Agência/Endereço Beneficiário
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					18236120000158	11500 / 00019544-1
Data do Documento 01/12/2017	Nº do Documento 43706950	Emissor Doc. DM	Adesivo N	Data de Processamento 01/12/2017	Número Número / Cód. do Documento 43706950-8	
Valor do Documento	Cédula 01	Esposa/Mae R\$	Quantidade Moedas	Válida Moedas	(+) Valor do Documento	
					(+) Desconto / Abatimento	0,00
					(+) Outras Deduções	0,00
					(+) Mora / Multa	0,00
					(+) Outros Acréscimos	0,00
					(+) Valor Cobrado	0,00
Pagador: Aldemir Nunes de Oliveira Neto Rua Manoel Veras 49 58619530 - Abolição - Mossoró RN						
					Código de Barras	
					Autorização Ativada	

FICHA DE COMPENSAÇÃO

4 de 4



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 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 Aldenor Nunes de 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 Invalides 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

PROTOCOLO
RECEBIDO

03 JUN. 2018

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	Número	Complemento
<u>Rua Monjolos Veros</u>	<u>49</u>	
Bairro <u>Abolição II</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u> CEP <u>59.619-530</u>
Email <u>aldenor.neto@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>18419 8889 3774</u>	Telefone celular (DDD)

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.

Local e Data

Aldenor Nunes de Oliveira Neto

Assinatura do Declarante

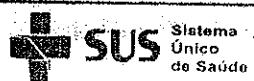
PROTOCOLO
RECEBIDO

03 JUN. 2018

E TERRADO SOL ADM.
E COMUNE PRAIA BE SEGS.



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 N°: 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) MOSSORÓ/RN

Estado: Telefone:

Clínica: PEQUENA CIRURGIA

CPF DO PACIENTE: ()

Data: 21/03/2018

Hora: 14:14

Motivo da Procura:

Rubrica Servidor: KENIA

PRONTO ATENDIMENTO

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO

() Emergência () Urgência

() Não Urgência

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco.

Queixa: Quroba de Náuseas e constipação

Antecedentes Alérgicos: Nenhum

HAS (N) DMI (S)

Assinatura: Kenia

Classificação:

ANAMNESE:

Alimentação adequada. Nojo de coisas comuns. Dor de cabeça.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

PA:

150X90

F.R.:

Glasgow:

Spo2:

HGT:

PROTÓCOLO RECEBIDO

05 JUN. 2013

TERRA DO SOL ADM.
E GESTOR DA 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:

PROTÓCOLO RECEBIDO

05 JUN. 2013

TERRA DO SOL ADM.
E GESTOR DA SEGS

Is 14h15 min por telefono expuso con S.F. e posturales de giro, una
encendizas en mío C. gallo. I p'c' Day quedó de moto. Perd

Vzinni Andy Tatian C

1h:36

elba

3) Dokumentation

D. J. DeWitt

ABD

2. de

2. de 1985

11:37

Letícia Soárez de Oliveira

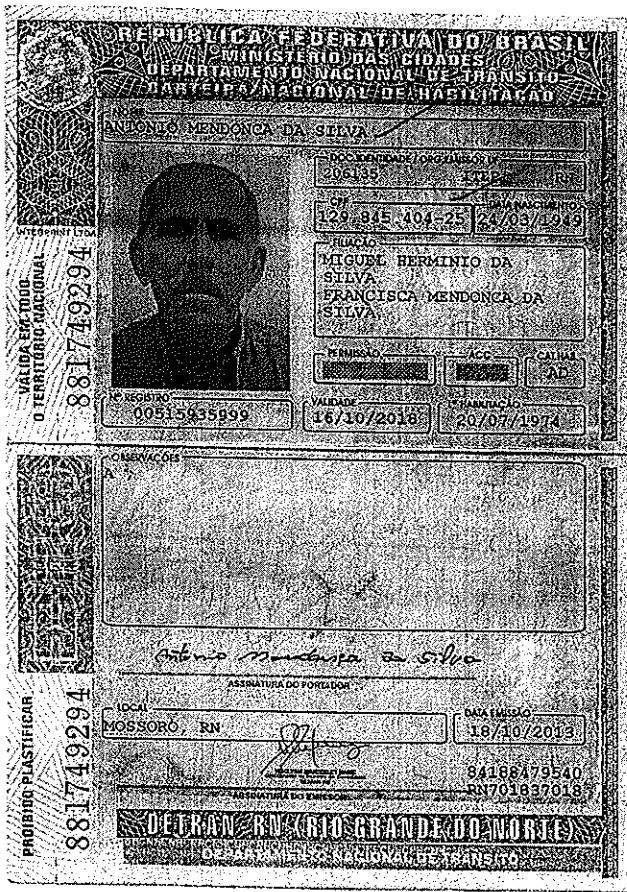
Téc. Enfermagem

(031) 163333

Dr. Cláudio de Souza Fernandes
Médico
CRMF 65541 RN

1

CHOCOTONATE
CHOCOTONATE



**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

06 JUN. 2018

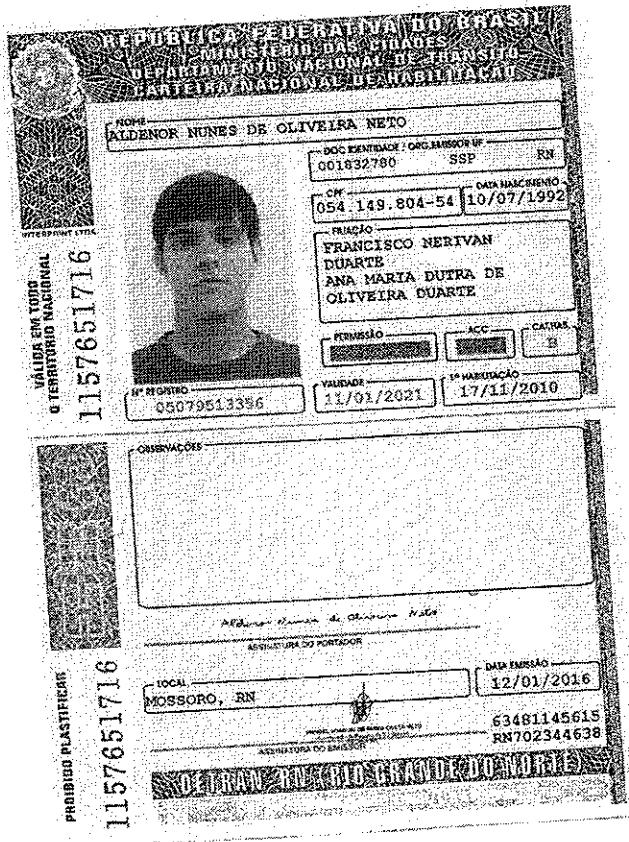
TERRA DO SOL ADM
E COMISSÃO DE SEGS.

PROTÓCOLO
RECEBIDO

COLÉGIO OLÍMPICO

TERRA DO SOL ADM.
E COLEÇÃO FOTO HISTÓRICA DE S.P.

1979



PROTOCOLO RECEBIDO

06 JUN. 2018

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

PROTOCOLO RECEBIDO

06 JUN. 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RN TEC.	EXERCÍCIO
	0123456789		2017
NOME			
ENDereço: MENDONÇA, S. LIMA			
CPF / CNPJ	PLACA		
123.456.789-00	NPV8521		
PELICANANTU	CHASSI		
INJAV02	ACUMULADORES		
ESPECIE/USO	COMBUSTIVEL		
ESPECIE/USO	ALTAZINHA		
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD.	
HONDA MEGAHORN	2011	2011	
CAP / POF / CL	CATEGORIA	COMPRADO DOMINANTE	
04/124 VTE/NSKA	B57	UNID/1	
T	COTA UNICA	VENC / COTA UNICA	
P	R\$ 10,00	07/06/2017	
V	FAIXA IPVA	PARCELAGEMTO / COTAS	
A	002000	36	
PREMIO TARIFARIO (RS) — IOF (HS) — PREMIO TOTAL (RS)			
VALOR TOTAL DE PAGAMENTO (RS) — IAC/DPVAT (RS)			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JC4E22DCA053 PLACA: CERIG/1990 / VEÍCULO: HONDA MEGAHORN / VALOR DE PAGAMENTO:			
LOCAL		DATA	
Mossoró/RN		05/2017	
TITULAR (Ex: Rezende, 1234567890123456789)			

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

RN/NP: 01234567890235 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	01/05/2017
CPF / CNPJ	PLACA
123.456.789-00	NPV8521
RENAVAM	MARCA / MODELO
INJAV02	HONDA / PCX 125 ES
ANO FAB	CHASSI
2011	9G2TC4820BR261809
PREMIO TARIFARIO	
IOP (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
DENA/DPVAT (RS)	104,00 (IPVA P/08/2017)
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN. 2018

TERESA DO SOL ADM.
E COMERCIAL LTDA - ME

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN. 2018

TERESA DO SOL ADM.
E COMERCIAL LTDA - ME

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:

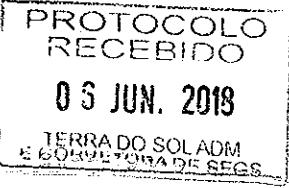
A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

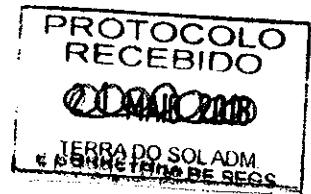
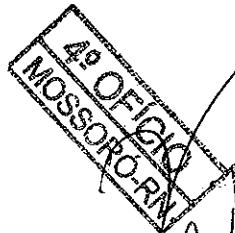
OUTORGANTE: Antônio Mendonça da Silva,
Brasileiro, Casado, apresentado
portador(a) do RG nº 206135, inscrito(a) no CPF sob o número
129.845.404-25, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.
Rua Zeca Dorico, nº 1397, Pernambuco Treze de Maio,
Mossoró/RN. CEP 59.633-190.

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 maio de 2018.



ANTÔNIO MENDONÇA DA SILVA
OUTORGANTE

