

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180487288 **Cidade:** Poço Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Nº Sinistro: **3180487288**

Vítima: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Data do Acidente: **08/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIONE DE FREITAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180487288**.

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 13491210





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.525.554-36

Nome completo da vítima

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA	081.525.554-36	ESTADISTA
Endereço	Número	Complemento
RUA MARIA DA COITA LEITE	01	CASA
Bairro	Cidade	Estado
AMARANTE	S.G. DO AMARANTE	RN
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	59.299-905	(84) 98833-6586

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

2010

(informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

00153151

(informar dígito se existir)

D/V

☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(informar dígito se existir)

NRO.

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S.G. AMARANTE, RN, 16 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

X Leonardo do Nascimento Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201808000908

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

1.2 Data de Expedição: 02/08/2018 16:33:46

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2018 22:59:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 406, NO POVOADO DO SURUBIM

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A PARADA DE ÔNIBUS

2.13 Cidade: POÇO BRANCO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08152555436

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 986046675

3.17 Número: 01

3.19 Bairro: JARDIM PETROPOLIS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MARIO EPIFANIO DA SILVA

3.6 Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 07/08/1986

3.14 RG: 002781854 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: POÇO BRANCO RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MARIA DA COSTA LEITE

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)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA RELATA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITOS PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA/CG 150 FAN, ESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA QJT 4796, CHASSI N° 9C2KC1670CR601500, RENAVAM 00483194034 COM CRLV EM NOME DE LENILSON CORDEIRO DE LIMA, NA BR 406, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO DO SURUBIM, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A DERRAPAR E LOGO CAINDO AO SOLO. RELATA QUE DA QUEDA FRATUROU O TORNOMELO DO LADO DIREITO CONFORME LAUDO APRESENTADO. DE IMEDIATO FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA CIDADE DE POÇO BRANCO, LOGO APÓS FOI LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, LOGO DEPOIS CONDUZIDO AO HOSPITAL DIOCLECIO MARQUES NA CIDADE DE PARNAMIRIM, LOCAL AONDE PERMANECU ATÉ O DIA SEGUINTE, ADEMAIS, RELATA QUE REALIZOU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA QUAL FORAM PRECISO 10 (DEZ) PONTOS NO CITADO TORNOMELO. POR FIM, INFORMA QUE NÃO POSSUI CNH (CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO). NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 02/08/2018 16:33:46

Policial

Interessado

Polegar direito

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF da Vítima

081.525.554-36

Data do Acidente

08.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prove do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRE
COMPRE SEU SEGURO DE PREVIDÊNCIA
17 OUT 2018

PROTOCOLADO
AG: NATAL

S. G. DO AMARANTE RN, 16 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Leonardo do Nascimento Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000153141-9

Nr. da Autenticação 3996AAE4557C4847



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

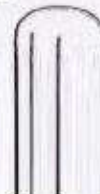
980

ENCAMINHAMENTO

Silva

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:	
DIAGNÓSTICO	HTN 2		
SETOR DE ORIGEM	HW 6		
AUDITOR AUTORIZADOR			
DESTINO	HDM		
DATA	09/07/18		

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro - São
Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
CNPJ: 06.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290
www.sasagarn.com.br

INSCRIÇÃO 0035608.7 CLASSE PAR R-M R\$ 01 ECONOMIAS COM IND FOS OUT 07/2018
HIDROMETRO A15G207617 INSTALAÇÃO 21/03/16 LOCALIZAÇÃO 00.06.07.00.20018050 FATURA 180193640

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

CINTIA CORDEIRO DE LIMA
RUA MARIA DA COSTA LEITE CS 01 - O. 16 LOTE 05 - LOT J...
CEP: 59.294-405 SÃO GONÇALO DO AMARANTE-RN

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA(000 A 0010 - 3,659 * 10)		
01	ÁGUA(011 A 0015 - 4,490 * 04)		36,59
			17,96

HIDROMETRIA

LEITURA
ANTERIOR... 432
ATUAL... 448
CONSUMO... 14
LEITURISTA: 34

DATA
06/06/18
06/07/18
DIA: 33
00/00/00

ÚLTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 11 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO	PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	PERÍODO	VALOR MÉDIO

DÉBITO(S):

EXISTE(M) 002 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 183,01
VENCIMENTO 15/08/2018 VALOR R\$ 54,55

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,
CAIXA ECONOMICA FEDERAL, PAGFACIL E CORREIOS.
REAJUSTE TARIFÁRIO DE 3% SOBRE AS CATEGORIAS
MÉDIAS, CONFORME DECRETO 799/2017.
É PROIBIDO O DESPEJO DE ÁGUAS SERVIDAS
NA RUA, CONFORME LEGISLAÇÃO AMBIENTAL.

CONTINUA



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro
São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
CNPJ: 06.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290

INSCRIÇÃO

CINTIA CORDEIRO DE LIMA

0035608.7
VENCIMENTO

VALOR R\$

07/2018

15/08/2018

54,55



COMPRES
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.344.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONARDO DA NASCIMENTO SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559 / 36 do sinistro de DPVAT cobertura IN VAL. DEC da Vítima LEONARDO DA NASCIMENTO SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559 / 36 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

☒ 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 TRONQUEIRO GONÇALVES SARAVIA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>954</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(89) 99820-4591</u>

NATAL RN 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Antonio de Freitas

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LENILSON CORDEIRO DE LIMA
 RG nº 048.417.220-14, data de expedição 17/12/2013
 Órgão DETRAN RN, portador do CPF nº 068.743.384-39, com
 domicílio na cidade de S. GONCALO DO AMARANTE, no Estado de
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOSE INACIO FERNANDES, nº 01,
 complemento JARDINS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA cujo o condutor era
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 150 FANESZ
 Ano: 2012
 Placa: 07+4796
 Chassi: 9C2XC1670CR601500
 Data do Acidente: 08.07.2018
 Local e Data: SÃO GONCALO DO AMARANTE RN 02.08.18

Lenilson Cordeiro de Lima
 Assinatura do Declarante

Leonardo do Nascimento Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
 Praça São Vicente de Paulo, nº 2 - Igapó - Natal/RN - CEP 59.104-000
 (55) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: **LENILSON CORDEIRO DE LIMA (030239)** e **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (189335)**, VÁLIDO SOMENTE COM ESTE AUTENTIFICADOR

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018, 14:52.

Op 19
 EMOL R\$5,87
 SSCNR\$0,26

Alberto Magrão H. de Moura - Escrevente Autorizado

FIRMA 1
 AJS-073484

FIRMA 1
 AJS-073485

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 17 OUT 2018
 PROTOCOLO
 AG. NATAL



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

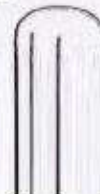
980

ENCAMINHAMENTO

Silva

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:	
DIAGNÓSTICO	HTN 2		
SETOR DE ORIGEM	HW 6		
AUDITOR AUTORIZADOR			
DESTINO	HDM		
DATA	09/07/18		

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 31

HMWG

NOME: Leonardo do Nascimento Silva
IDADE: 04/08/86 COR: Parda SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Pelo Branco PROFISSÃO: Programador PROCEDÊNCIA: Dpto Residência
ENDEREÇO: Rua Maria da Costa Leite, 1 BAIRRO: Distrito dos Flores
CIDADE: S.G. A DATA: 10/07/18 HORA: 09:17

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Acidente com fratura -
mesmo tornozelo

EXAME FÍSICO

COMPRES
COMPRES SEGUROS E PREVENÇÃO SIA
17 OUT 2018
PROTOCOLO
AG. NATAL

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

096421-11
UNIDADE DE ATENDIMENTO COM ORIENTAÇÃO
Lia de Valor
Semdor

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura - mesmo tornozelo

SUS

Formulário para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 1157 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **82735 LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Prontuário: **980**

CNS: 709607614170876

Nascimento: 07/08/1986 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

Pai: _____

Endereço: RUA MARIA DA COSTA LEITE, 1 - CIDADE DAS FLORES - SAO GONCALO DO AMAR Fone: 988430511 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE: 241200

UF: RN CEP: 59294-405

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MID
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO
BOA PERFUSAO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.4 FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]*408050578. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOL

Profissional Solicitante / Assistente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 09/07/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:

096920-4
CONFERE COM
de fato
Serviço
S. Paulo



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161475

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

709 6076 1417 0876

8- DATA DE NASCIMENTO

07/08/1986

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

99912-8271

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

JARDIM PETROPÓLIS

18- UF

RN

19- CEP

59294-405

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*trauma com fratura fechada do
tórax D*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgias

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura fechada torax D

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Trat cirurgico

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

00718

() CNS () CPF

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização
P. O. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161475	
DATA 10/07/2018	HORA 11:39	CATEGORIA	GIH
PACIENTE LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA			DATA DE NASCIMENTO 07/08/1986
ESTADO CIVIL CASADO		PROFISSÃO AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16			
MUNICÍPIO SAO GONÇALO DO AMARANTE	BAIRRO JARDIM PETROPÓLIS	UF RN	CEP 59294-405
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA		MARIO EPIFANIO DA SILVA	
RESPONSÁVEL CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)			TELEFONE 99912-8271
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

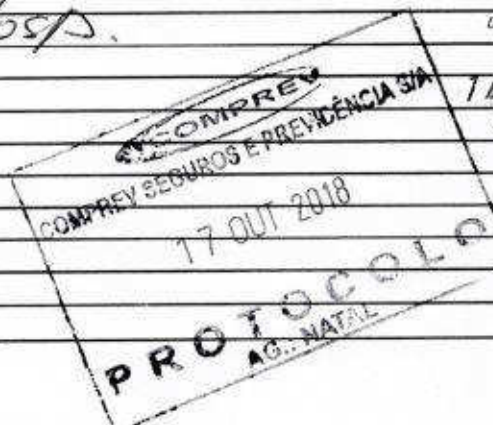
DATA DE ADMISSÃO

ALTA

14-07-2018

OBITO

HISTORIA CLINICA

14/7/18 1º OPD.
Alta Hosp.Dr. Evandro de Sousa
CRM 101.119
14/07/2018



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2018
PROTOCOLO
AG: NATAL

Nome do paciente

Leonecio do O. Silva

Nº prontuário

Data operação

13/11/2018

Enf.

Leito

Operador

D. V. G. / Edimar

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

fratura do terço médio do (unidade)

Tipo de operação

met. Cir. de fratura terço médio

Diagnóstico pós-operatório

O mesmo

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

Abordagem representativa, anestesias
 cutâneas. Paciente deitado em
 decúbito lateral. Redução e
 fixação com placa e parafusos. Fratura
 perfeita. Curativo e D.

Dr. Edimar M. Damás
 CRM - 942
 Ortopedia-Traumatologia

COMPRES
 COMPREV. SEGUROS E PREVENÇÃO SIA
 17 OUT 2018
 PROTOCOLO
 AG-NA-11

ORIGINAL - 4
 CONFERE COM ORIGINAL
 R. de F. Silva
 Servidor
 5. Paulo



CLÍNICA
OCTAVA ROSADO

Laudo Médico

Nome: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Idade: 32 anos

Queixa de trauma em TMB direito (pêture)

Paciente sofreu acidente motorciclístico no dia 09/07/18 e sofreu com fratura de hálula lateral direita.

Devido ao trauma houve sequelas definitivas de flexão/extensão do pé/torção em 25%.

Alto médico

CID S82.6

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMESP 6224

Dr(a):

Data:

11/10/18

MOSSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315.6900 / 3315-6901

ASSU:

Av. Senador João Câmara, 1304
Centro
Fone: (84) 3331.4994

PARNAMIRIM

Av. Bela Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:

Av. Presidente Médice, 256 - Igapo - Zona Norte
Fones: (84) 3614.9655 / 3651.0568
Av. Capitão Mor Gouveia, 880 - Cidade da Esperança



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.781.854 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/2006

NOME
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO
MARIO EPIFANIO DA SILVA
MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

NATURALIDADE
POCO BRANCO RN DATA DE NASCIMENTO 07/08/1986

DOC. GIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A22 F-262 RG-11805
POCO BRANCO RN-UNICO CARTORIO

1a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
081.625.564-36

Nome
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Nascimento
07/08/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9296.564B.B2DC.C379

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 11:01:16 do dia 02/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT 2018

PROTOCOLADO

AG.: NAT/L

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.625.711

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/04/2018

NOME ANTONIONE DE FREITAS

FILIAÇÃO ANTONIO ANTONINO DE FREITAS
FATIMA PEREIRA DE FREITAS

NATURALIDADE NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO 14/12/1979

DOC. ORIGINAL CERT. DE NASCIMENTO L-4206 F-85 RG-46261

NATAL - RN-5 CARTÃO

OFF 008.347.644-07

ASSINATURA DO DIRETOR

26. VIA

16/07/2016 DE 29/08/83

COMPREV SEGURANÇA PÚBLICA

25 SET 2018

PROTÓTIPO

ACQUINTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013702850669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 2 COD. RENAVAM: 00483194034 DENTRO: ***** EXERCÍCIO: 2017

LENILSON CORDEIRO DE LIMA

068.743.384-39

OJT4796

OJT4796/RN

9C2KC1670CR601500

PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE ALCOOL-GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2012

2012

CCV/149 CILINDRADAS

PARTICULAR

VERMELHA

R\$ 0.00

08/05/2017

1º PAGO

R\$ 20.89

PARCELAMENTO/COTAS

2º PAGO

002855 3X

PARCELAMENTO/COTAS

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO

*** LPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC1657C601500

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
2017

DATA EMISSÃO
15/03/2018

VIA
2

CPF / CNPJ
068.743.384-39

PLACA
OJT4796

RENAVAM
00483194034

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB
2012

DET. TRM
9

Nº CHASSI
9C2KC1670CR601500

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO R\$

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.008/0001-04

102-1017

Agência: 2010 pontengi

Conta: 013-00153141-9

Cliente: Leonardo do Nascimento Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2018
PROTOCOLADO
AG: NATAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 081.525.554-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: LEONARDO DO
NASCIMENTO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

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: 17/10/2018
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180487288 **Cidade:** Poço Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante:

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO
Nº 01, Bairro JARDINS, profissão ESTADISTA, residente e domiciliado à Rua NATAL DA COSTA LEITE
RIO GRANDE NORTE, Município de S. G DO AMARANTE Estado de (o)
002.791.854, SSP/ RN e CPF nº 081.625.554-36, portador (a) do RG nº.

Outorgado:

ANTONIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOLTEIRO, profissão NÃO DECLARA, residente e domiciliado à Rua
ANDR GUMERCINDO SARAVAN Nº 701, Bairro PAZUCARA, Município de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE CEP 59.122-790, portador (a) do
RG nº 026.869.35172, SSP/ RN e CPF nº 008.397.644-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, ocorrido em 08/07/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN, 02 de AGOSTO de 2018

Cartório Único de Igapo

Leonardo do Nascimento Silva

Outorgante
CPF Nº 081.525.554-36



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Praça São Vicente de Paula, nº 02 - Igapo - Natal/RN - CEP: 59.304-400
Fone: (084) 3314-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de:
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (189335), VÁLIDO SOMENTE COM SELO

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018 - 14:52.

Op. 19
EMOL. R\$2,83
ISSQN R\$0,14

Alberto Magalhães H. de Moura, Escrevente Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 081.525.554-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DO
NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

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: 17/10/2018
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA