



Número: **0805510-05.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **29/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.670,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA (AUTOR)		HELIA CRISTINA DE QUEIROZ CHAVES (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
100596940	22/05/2023 22:49	Petição	Petição
100596941	22/05/2023 22:49	2801351_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08055100520218205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 19 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
OAB/RN 11929



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2023 22:49:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052222493599200000094892032>
Número do documento: 23052222493599200000094892032

Num. 100596940 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2023 22:49:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052222493599200000094892032>
Número do documento: 23052222493599200000094892032

Num. 100596940 - Pág. 3
Pág. Total - 3

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 Nanielly Pereira do Silva inscrito (a) no CPF 056.330.904 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.184.844 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Automóvel da Vítima Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.184.844 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procurador Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, comp. de endereço

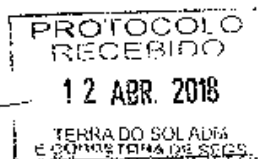
☒ Recuso informar

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: Vicente Leite</u>		Número <u>588</u>	Complemento _____
Bairro <u>Paulista Treze de maio</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59631-340</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

Mossoró 20 de março de 2018
Local e Data

Nanielly Pereira do Silva
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 SUSEP 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, Valquíria Pereira de Silva, inscrito (a) no CPF nº 056.330.904 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luis H. Noqueiro inscrito (a) no CPF sob o nº 048.184.244 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes da Vítima Fernando Luis H. Noqueiro inscrito (a) no CPF sob o nº 048.184.244 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declara Profissão: Picapeiro Renda: Recusou e apresentou os documentos comprobatórios:

RG, CPF, comprov. de endereço

☒ Recusa informar

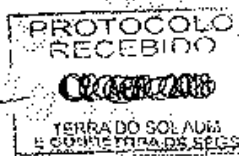
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Vicente Leite</u>		Número <u>588</u>	Complemento
Bairro <u>Planalto Três de Março</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59631-340</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró 20 de março de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA,

RG nº 164.174 data de expedição 26/07/2006

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 056.805.554/00, com

domicílio na cidade de MOSSORÓ, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DANTIM MORAES, nº 878,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA cujo condutor era

FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA

Veículo: FOX

Modelo: CL MB

Ano: 2016

Placa: 2GE-3851

Chassi: 9BWABH53XG4054606

Data do Acidente: 12/03/2018

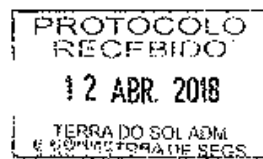
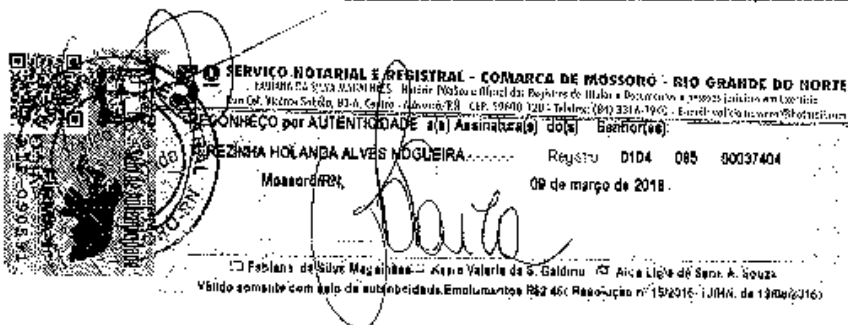
Local e Data: MOSSORÓ/RN - 06/03/2018



Terezinha Holanda Alves Nogueira
Assinatura do Declarante

Fernando Luiz Holanda Nogueira

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



Eu, TEREZINHA HILANDA ALVES NOGUEIRA

RG nº 164.174 data de expedição 26.07.2006

Órgão SSP/RN portador do CPF nº 056.805.654/00 com

domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de RN

onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DUTRA MORAES, nº 822 -

complemento CASA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

_____ declarou, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima FERNANDO LUIZ HOLANDA NO GUERRO o condutor era

FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA

Veículo: *Fox*

Modelo: *CL MB*

Ano: 2016

Placa 7264-3251

Chassi: 98W98452XG4054606

Data do Acidente: 12/03/2008

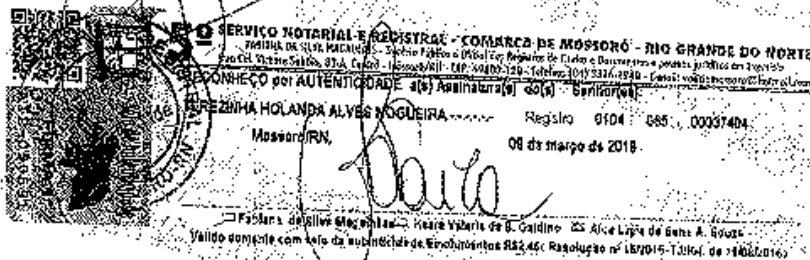
Local e Data: Waxayaro/22-06/03/2017

x Tercinha Holanda Alves Moura
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

~~Fernando~~ Luiz Melandri 1904 1910

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





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

19/02/2018 09:34

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Dt. Naso.: 29/05/1983

Atendimento: 48733026

Prontuário: 3909618

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto:

Leito: /

Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM 701011

Nº: 19464920

19/02/2018 às 09:31

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS; RELATA DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE

[1]

Queixa Principal

CID10

R520 DOR AGUDA

[1]

Alergias

NAO

[1]

Doenças Crônicas

NAO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

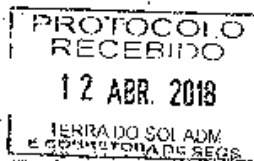
[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA-01130123451, às 10:11:57 de 19/02/2018



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2023 22:49:36

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052222493612000000094892033>

Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 5

Pág. Total - 8



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

48733026



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

22/02/2018 14:22:34

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3909618	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA	M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1695020 SSP RN	4818484440		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R DELFIM MOREIRA, 878 - BOM JARDIM, MOSSORÓ (RN) CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
9928-9206				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORO	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/ UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
02162708414003036			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2584964 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA			1-MEDICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - JULIANA DINIZ LIRA





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

19/02/2018 09:34

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA Dt. Nasc.: 29/06/1983 Atendimento: 48733028 Prontuário: 3909618
Convênio: HAPVIDA MOSSORO Posto: Leito: /
Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA COSTA CRM 110110 Nº: 19464920 19/02/2018 às 09:31

ANAMNESE	
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CAQOTAMENTO HA 7 DIAS. RELATA DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE
Queixa Principal	
CID10	R520 DOR AGUDA
Alergias	NAO
Doenças Crônicas	NAO
CLASSIFICACAO DO PACIENTE	
PLANEJAMENTO TERAPEUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação

PROTOCOLO RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL A1M
A COMBUSTOR DE SECS

PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL A1M
A COMBUSTOR DE SECS

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA COSTA 01130183454, de 10:11 BRT de 18/02/2018





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48733026



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

22/02/2018, 14:22:34

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3906618	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA	M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1695020 SSP RN	4818464449		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R DELFIM MOREIRA, 578 - BOM JARDIM, MOSSORO (RN) CEP 59800000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
9929-9206				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORO	1 PLANO ENFERVIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
02162703414003036			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente		Clínica	
2584864 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA		1-MÉDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - JULIANA DINIZ LIRA



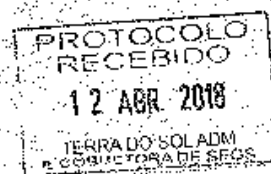
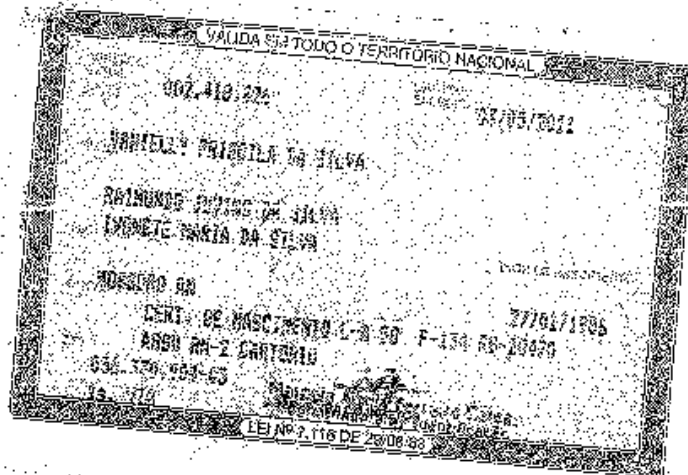
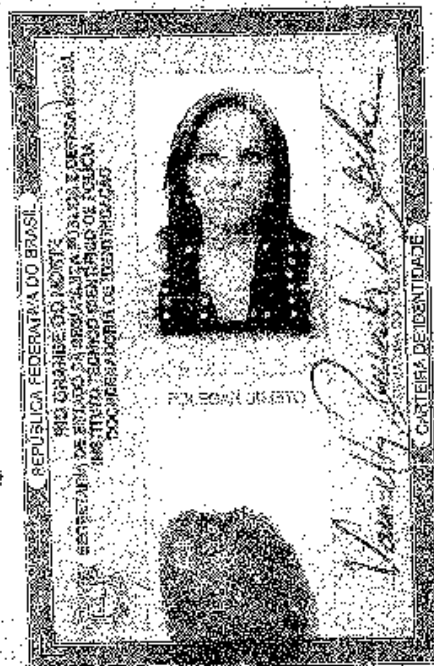


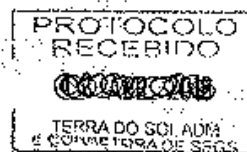
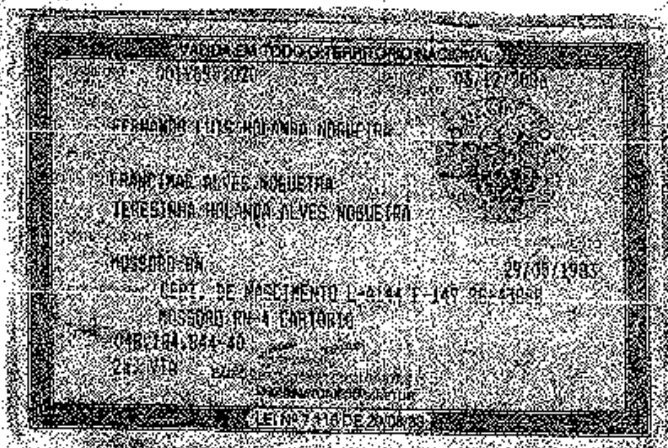
Vitima

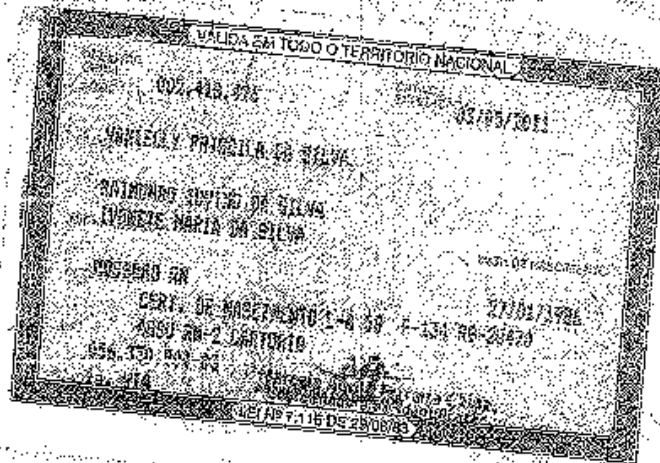


PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ASM
DIRETORIA DE REGS.









PROTOCOLLO
RECEVUTO
07 JAN. 2013
FIRENZE

PROTOKOLO
RECEBIDO
TERRA DO SOLADM
COMUNISTORA DE SECS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10687 / 11 00288 Nº **013252830794**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA	COBRENÇA	RNTB	EXERCÍCIO
1	01077972986	*****	2017

NOME: **TEREZINHA ROSELI ALVES MOURA**

CNPJ: **056.865.554-00** PLACA: **QGE3251**

PLACA DE RUA: **QGE3251/RN** UNIDADE: **98WAB457X64054606**

ESPECIE/DO	COBRENÇA
PASSEIRO/AUTOMOTOR/NAO AUTOMOTOR	AUTOMOTOR

ANEXO	ANO FAB	ANO LIC
VEHICULO FOX CL HB	2016	2016

CAP/DO	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE
5P/104CV	PARTICULAR	BRANCA

1	2	3
R\$ 0,00	R\$ 237,65	R\$ 0,00
117769 3E	117769 3E	117769 3E

PRESSÃO TAXA/DO (R\$) 10% (R\$) 10% (R\$) 10% DATA DE PAGAMENTO: **04/07/2017**

TAXAS DETRAN: PAGO * DETRAN: PAGO *****

ALIAN. P.D. EM FAVOR DE: **056.865.554-0001-48**
DIGAL ADM DE CONSORCIOS: **LYDA**
MOTOR: **CERU79492**

MOBILIZADO/RN: **04/07/2017**

Sidney Beltrão de Silva
COMISSARIO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
DETRAN - RN

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

RN Nº 013252830794 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORSLIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1104

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	056.865.554-00	QGE3251

ANEXO	ANO FAB	ANO LIC
01077972986	2016	2016

ESPECIE/DO	COBRENÇA
VEHICULO FOX CL HB	AUTOMOTOR

CAP/DO	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE
5P/104CV	PARTICULAR	BRANCA

1	2	3
R\$ 0,00	R\$ 237,65	R\$ 0,00
117769 3E	117769 3E	117769 3E

PRESSÃO TAXA/DO (R\$) 10% (R\$) 10% (R\$) 10% DATA DE PAGAMENTO: **04/07/2017**

TAXAS DETRAN: PAGO * DETRAN: PAGO *****

ALIAN. P.D. EM FAVOR DE: **056.865.554-0001-48**
DIGAL ADM DE CONSORCIOS: **LYDA**
MOTOR: **CERU79492**

MOBILIZADO/RN: **04/07/2017**

Sidney Beltrão de Silva
COMISSARIO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
DETRAN - RN

PROTOCOLO RECEBIDO
12 APR. 2018
TERRA DO SOL ADM
2005-1000-0000-0000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIBABIS

DETRAN - RN 10687 / 1 00198 Nº 013252830794
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	CÓDIGO DE REGISTRO	RUBRICAS	CATEGORIA
056.863.554-00	01077972586	0000000000	2015

TEREZINHA HOLANDA ALVES NOUEIRA

056.863.554-00 06K3291

06K3291/RN 99MAR152XG4054606

SARACIOLLO ANTONIO/VAO SELLIGRELL ALCOBARRAS

VW NOVO FOY CL HD 2018 2018

5R/104CV PARTICULAR CORRESPONDENTE BRANCA

1 R\$ 0.00 04/07/2017 1º PAGO

117789.8X R\$ 237.25 2º PAGO

117789.8X R\$ 237.25 3º PAGO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVEDOR: PAGO

ALIAN. FID. EM FAVOR DE 05.955.061/0001-40

DIGAL ADM DE COMERCIO LTDA

NOTOR. CCRU7949Z

056.863.554-00 06K3291/RN 04/07/2017

RN Nº 013252630794			BILHETE DE SEGURO DPVAT		
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 03 1204</p>					
EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 04/07/2017			
CV	CPF / CNPJ		PLACA		
1	056.865.554-00		03E3251		
RENOVAÇÃO 01/07/2019		NÚMERO DO BILHETE VH/NO10 10X CL 35			
VALORES 1016	DPVAT 1	PREMIO TOTAL 95843452304054606			
PREMIO TÁRCARIO					
FUS (R\$)		DEN (TRAM) (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		DPVAT		1CL 3252630794 35	
PAGAMENTO		PARCELADO		DATA DE CANCELAMENTO	
DATA ÚNICA					
<p align="center">SEGUROADORA LIDER - DPVAT</p> <p align="center">CNPJ 04.210.603/0001-01</p>					

www.seguradoralider.com.br
SAC REVAT 0800 032 1204

2017 04/07/2017

0569B65554-00

PLA 04
C25253

01077971966 75 NOV 2 1966

AMOUNT	DATE	IN CHARGE
3016	1	95BA8452 EG RD 5560

—DRAFTING INFORMATION—

FIG. 10. (a) FINE (ms) (b) DENTITION (ms) (c) CLUST DO (ms)

OUTSIDE BICHEFE (RS) — OF RV — 1 (LA-5800) FZ WAS

CITACIÃO		DOCUMENTO		DATA DE CRIAÇÃO	
----------	--	-----------	--	-----------------	--

SEGURODORA LIDER - PRIVAT

CONFIDENTIAL

PROTOCOLLO
RECEIVED
07 JAN 2019

PROTOKOLO
RECEBIDO
Comissão
TERRA DO SOL ADIA
A DISTRIBUIÇÃO DE REDES



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180167069 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR EM FACE E ABDOME

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR ATUALIZADA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

Observações: SINISTRO INDEFINIDO COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HELANDA NOGUEIRA BRASILEIRO
SOLTEIRO, inscrito no CPF/MF nº 184.844/40, residente na
R. D. DE FIM MORAES Nº 878
BOM JARDIM - MOSSORÓ/RN

OUTORGADO:

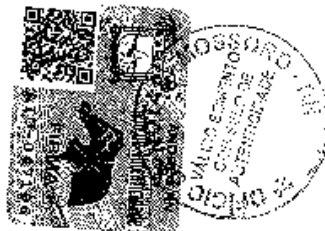
Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor VANIELLY PRICILA DA SILVA, brasileiro, SOLTEIRO, inscrito no CPF de nº 056.330.904-03, com endereço na Rua VIGENTE LEITE nº 588, Bairro PLANALTO - MOSSORÓ /RN, para representá-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 14 de 03 de 2018.

Fernando Luis Helanda Nogueira.

OUTORGANTE

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Fernando Luis Helanda Nogueira
Mossoró/RN, 4 MAR 2018
Em Teste
[Assinatura]
Lúcio Roberto de Almeida - TACOLIA
Roberto Alves C. Fernandes - TACOLIA
Francisco José Alencastro - TACOLIA
Liliane Katty Mendes Fernandes - TACOLIA



PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CONSERVADOR DE SEGS



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HELANDA NOGUEIRA BRASILEIRO
SOLTEIRO, inscrito no CPF/MF nº 844.140.140, residente na
R. SÉFEN MOREIRA NR 878
BOM JARDIM - Mossoró/RN

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor VANIELLY FREITAS DA SILVA, brasileiro, SOLTEIRO, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua VIRGILIO LIMA, nº 588, Bairro PLANALTO - MOSSORÓ /RN, para representá-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 14 de 03 de 2018.

Fernando Luis Helanda Nogueira

OUTORGANTE

RECONHECIDO por autenticidade, a firma
Fernando Luis Helanda Nogueira
do(a) Sr.
Mossoró/RN, 4 MAR 2018
Em Teste
[Assinatura]
[] Emília P. de Lencastre Fernandes - TACELIA
[] Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
[] Francisco José Alcântara - SUBSTITUTO
[] Leana Kerry Moura Fernandes - SUBSTITUTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006084/19

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

CPF: 048.184.844-40

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/02/2018

Titular do CPF: FERNANDO LUIS
HOLANDA NOGUEIRA

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

VANIELLY PRISCILA DA SILVA : 056.330.904-03

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

FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA : 048.184.844-40

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: 07/01/2019
Nome: VANIELLY PRISCILA DA SILVA
CPF: 056.330.904-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: MORGANA KAINARA DE MOURA
CPF: 016.674.944-30

VANIELLY PRISCILA DA SILVA

MORGANA KAINARA DE MOURA



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180167069**

Vítima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180167069**.

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 12665830

Pag. 01887/01888 - carta_01 - INVALIDEZ

00020944



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Nº Sinistro: **3180167069**
Vítima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180167069**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00721/00722 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12689836



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180167069**
Vitima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180167069**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13483224

Pag. 00999/01000 - carta_16 - INVALIDEZ

00020500





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017157

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANIALLY PRISCILA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13793551





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017157

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANIELLY PRISCILA DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00083/00084 - carta_04 - INVALIDEZ

00050042



Carta nº 13802559





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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: 048.184.844-40 CPF da Vítima: 048.184.844-40 Nome completo da vítima: Fernando Luis M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Fernando Luis M. Nogueira CPF titular da conta: 048.184.844-40 Profissão: Recusou
Endereço: Rua Delfim Moreira Número: 838 Complemento: Casa
Bairro: Dom Jardim Cidade: Mossoró Estado: RN CEP: 59638-200
E-mail: 031849830-3004

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

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

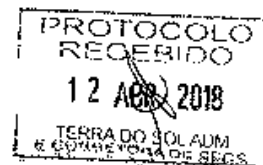
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (101) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO: Banco do Brasil NRO: 001
AGÊNCIA: 0056 D/V: 3 CONTA: 23494 D/V: 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

Mossoró, 20 de março de 2018
Local e Data

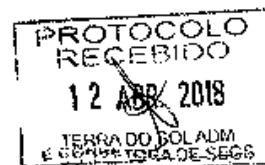
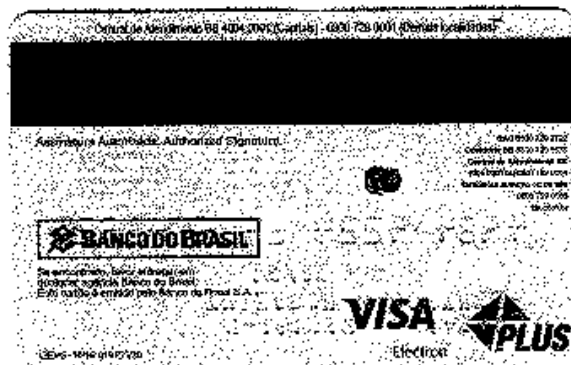
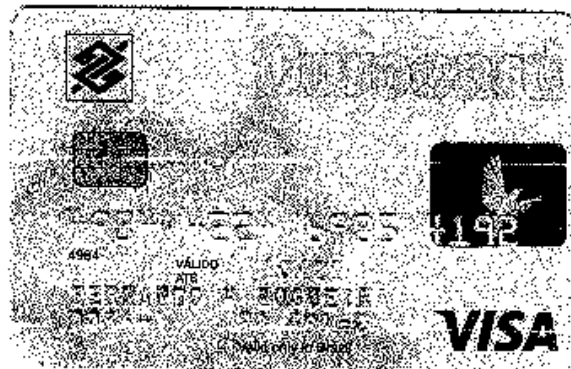


Fernando Luis Holanda Nogueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017







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 0800-221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 ASI

CPF da Vítima

048.184.844-40

Nome completo da vítima

Benedito Luis M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Benedito Luis M. Nogueira		048.184.844-40	Recusou
Endereço	Número		Complemento
Rua Delgim Manoel	838		0000
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dom Jordim	Maracaju	MS	59638-200
Email	Telefone (DDD)		
	031849910-3004		

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
BANCO		HID	
BANCO DO BRASIL		001	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
0056	3	0056	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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.

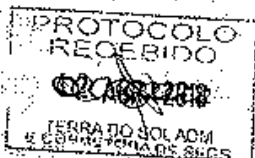
Maracaju, 02 de março de 2018

Local e Data

Benedito Luis M. Nogueira

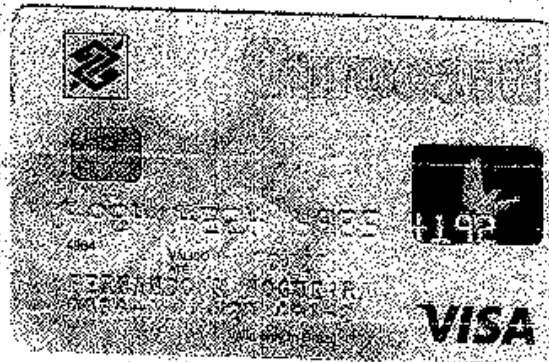
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPR-001 V004/2017







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0209318

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF CAVALHATE/CN P. Ref. POST. A ESTACAO DE CUMAMENTO
Data 12/04/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02:15 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☒ - Capotamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Atropelamento
☐ - Outros(s)

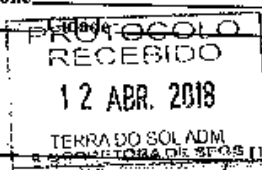


3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi AGE 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. BMW NOVO FOX 1.6 Cor BRANCA Ano 2016
Proprietário TEREZINHA HOLLANDA ALVES NOGUEIRA N° de Ocupantes 02
Condutor FERNANDO LUIS HOLLANDA NOGUEIRA Data de Nasc. 29/10/51
Endereço RIO DE JANEIRO N° 332 Fone 94-28253836
Bairro BOA VISTA Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF N° 048.134.844-40 CNH N° 00543552382 Validade 07/10/2017 Categoria B
Local de Trabalho CABANA Fone
End. N° Bairro Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPF N° CNH N° Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. N° Bairro Cidade



5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPF N° CNH N° Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. N° Bairro Cidade



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPF N° CNH N° Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. N° Bairro Cidade



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RODOLFO V. N. 117

Em que sentido? CADABRUS - GOVERNADOR DINIZ SENT. PAREDO Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor VINHA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA VIA, PORÉM COM UM DESENVOLVIMENTO DE UMA SEÇÃO QUE TINHA NA PISTA E PARECEU PARAR, ACIDENTANDO QUANDO FUI TENTAR SUBIR A PISTA PERDENDO O CONTROLE DO CARRO E CAÍTEI.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Luis Nelson Rodrigues

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



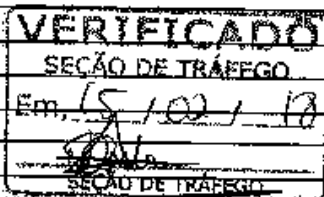
EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V3 Dep. Luiz Fernando Dantas
Matrícula: 202.021-1

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

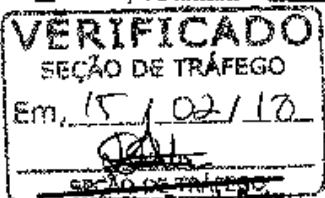
EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4 _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract. Pista	Cond. Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u> </u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> <u> </u>	<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> <u> </u>	<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> <u> </u>	<input type="checkbox"/> <u> </u>



9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

CARRO - LAMPA DA LUZ DIANTEIRA - PARAFUSOS DIANTEIROS E TRASEIROS - PORTA DIANTEIRA, D.M. E B.M.

TRUCK - LAMPA DA LUZ DIANTEIRA D.M. E B.M. - FAROL (02) PARA CARRAS DIANTEIROS D.M. E B.M. - RETROVISOR A.D. (02) - PARTES INT. E EXTER. A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 2

EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 3

EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 4

EM BRANCO



11- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome IVANECY FUSCO DA SILVA Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG Nº _____ Endereço N. VICENTE CECE Nº 5228 Fone _____
Bairro BARALTO 17 DE MAIO Cidade MOSSORÓ UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço SEÇÃO DE TRÁFEGO Nº _____ Fone _____
Bairro EM, 15/10/2018 Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

13- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15- SÓCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____
Nome _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE O VEÍCULO TRANSPORTA NA RODADA Nº 119, NO
SENTIDO PARA O LESTE, CONDIÇÃO DE DIA SEM NEVADA, E FOI UM DETENHIMENTO
MANUTENDO PERMANECENDO O CONTINER DO CÔNCRETO LIGADO A CABOTA E CALIBRO
NO SENTIDO CONTRÁRIO DA VIA.
O CONDUTOR DE 17 E A PASSAGEIRA FORAM CONDUZIDOS PARA UMA AMBULÂNCIA
PARA O HOSPITAL DE GERONTOLOGIA DIA SEM NEVADA, COM ALGUMAS LESÕES QUE
NAO FORAM REALIZADO TESTE DE RESCUE, POR ESTÁVAMOS SEM O EQUIPAMENTO NO LOCAL
O VEÍCULO FOI DETENHIDO NO LOCAL, POR ESTÁVAMOS SEM EQUIPAMENTO.

Nome Completo do Agente ILSON ALEXANDRE CLEMENTINO
POSTO/GRAD. SD 01 PM Nº 10070619 Viatura T01 Subunidade 01
Local e Data MOSSORÓ, 15 de OUTUBRO de 2018
Assinatura do Agente de Trânsito _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0203318

1 - LOCAL E DATA

Local Rodovia RN 117 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF CAVALHAS / RN P. Ref. POL. A ESTAD. DE C/INAMENTO
Data 18/02/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02115 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

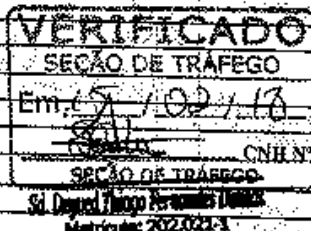


3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi 065 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW / NOVO FOL CL MB Cor BRANCA Ano 2016 2016
Proprietário TEREZINHA GOMES DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Conductor FERNANDO GILS GOMES DA SILVA Data de Nasc. 29/12/1983
Endereço QUILÔMETRO MODERNA Nº 278 Fone 94-787538384
Bairro ZONA RURAL Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 048.189.844-40 CNH Nº 0054353387 Validade 09/10/2020 Categoria AB
Local de Trabalho CAEON Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02

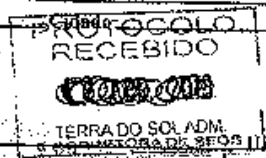
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



EM BRANCO

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



EM BRANCO

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

EM BRANCO

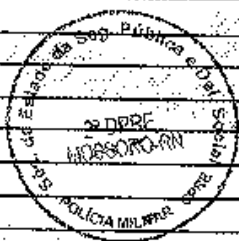


Em que Rua/Av. Transitava? 10001/A Av 112

Versão do condutor: VINHA TRANSISTORADO MORALMENTE PORCA DA, ORÇAMENTO EM CASH DETALHADO
 MOMENTO EM RESOLUÇÃO DE UMA PERDA QUE TINHA NA PISTA E PULSO: APOIADO PORCA,
 ACORDAMENTO ORÇAMENTO FIM TENTAN SUB- A PISTA PERDIDA CONTADOR DO CASH E
 CASHTEL.

SEGRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que falso? _____

Versão do condutor

EM BRANCO

Assinatura do Conduto do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que falta? _____

Versão do condutor

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO

Em, 15-02-18

SECRET

SECAU DE TRAFEGO

Assurance: 202.021-1
Metric: 202.021-1

SOBRE Vd. - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa _____

Versão do computador

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. / Tempo	Tipo da Pista	Caract. / Pista	Cond. / Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Enxada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lâmbada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u> </u> Km/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> <u> </u>

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em, 15/02/17



9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

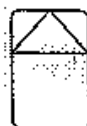
CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

CARRO - FACA BRISA DIANT. - PARA C/ALCANTARAS
DIANT. E TRASEIRA - PORTA DIANT. DIR. E ESQ.
FETA - VIDA DA PORTA DIANT. DIR. E ESQ. FACA (02) PARA C/ALCANTARAS
DIANT. DIR. E ESQ. RETORNO
DIR. E ESQ. (02) PORTAS INT. E
ALCANTARAS A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 2



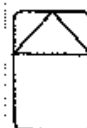
EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 3



EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



EM BRANCO



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: IANECCY FUSILLI DA SILVA
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço: AV. VILAS BOAS Nº 532 Fone _____
Bairro: PARAÍTO 13 DE MARÇO Cidade: Mossoró UF: RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço: SEÇÃO DE TRÁFEGO Nº _____ Fone _____
Bairro: 15102110 Cidade: 2º DERE UF: _____
Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço: _____ Nº _____ Fone _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço: _____ Nº _____ Fone _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____
Nome _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE O/A TRANSITANTE, EM QUALQUER UM 119, 113
SEUS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, DIA 14 DE SETEMBRO, E FUI LEMBRADO DETERMINADO
MANEIRO DE ANDAR E SENTIR E NA JEL CARRÃO MANDO A CARRÃO E COLABORAR
NO SENTIR CONTRA O JEL
A COLABORAR DE 17 E O RESPOSTA FORAM CONDUZIDOS POR JEL A ABILIDADE
PARA O HOSPITAL DE GORRILHA DO DIA 14 DE SETEMBRO, COM ALGUMA ESTABILIDADE
NA JEL CARRÃO TESTE DE RESPOSTA, POR ESTABILIDADE E RESPOSTA NA JEL
17 O VEÍCULO FOR DE JEL NA JEL, POR ESTABILIDADE E RESPOSTA NA JEL

Nome Completo do Agente TIGON ALEXANDRE CLEMENTINO
POSTO/GRAD: 3º DMI PM N° 40090513 Viatura 101 Subunidade 1001
Local e Data Mossoró, 12 de Setembro de 2013





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Fernando Luis Holanda Nogueira CPF da Vítima 048.184.844-40 Data do Acidente 02/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante Legal _____
Email _____ Telefone (DDD) 03184 98810-3094

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:

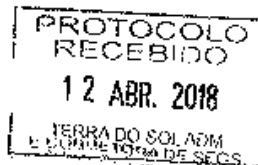
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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 prova 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.

02/02/2018 de março de 2018
Local e Data



Fernando Luis Holanda Nogueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALJ001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Fernando Luis Holanda Rodrigues

CPF da Vítima

048.184.844-10

Data do Acidente

12/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

08184 08810-3094

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:

Assinalar 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 prova 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 perenizar 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.

PROTOCOLO RECEBIDO

08184 08810-3094

TERRA DO SOL ADM
E-MAIL: 0800 0221206

Assinado em 20 de março de 2018

Local e Data

Fernando Luis Holanda Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 Y001/2017





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0203318

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZONA URBANA
Cidade/UF SARACIABA / RN E. Ref. Post. A ESTEREO DE CUBAMENTO
Data 12/02/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02118 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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



3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi 045 3251 Cidade MASSARÓ UF RN
Marca/Mod. VW / GOL FOX 1.6 Cor BRANCA
Proprietário TERESINHA HILANDA ALVES MOTA Ano 2016
Condutores FERNANDO GILS HILANDA NORRIS Nº de Ocupantes 02
Endereço R. DEBORA MORAES Data de Nasc. 29/05/1983
Bairro BOA JARDIM Nº 338 Fone 94-98537766
CPF Nº 048.184.344-40 CNH Nº 00593552382 Validade 09/04/2022 UF RN
Local de Trabalho CAEDN Categoria AB
End. Nº Bairro Fone Cidade MASSARÓ

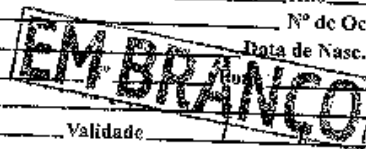
4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutores Nº Fone
Endereço Cidade UF
Bairro Validade Categoria
CPF Nº CNH Nº Fone
Local de Trabalho Nº Bairro Fone Cidade
End.



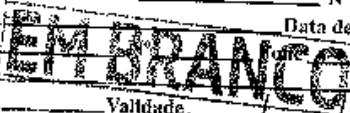
5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutores Nº Fone
Endereço Cidade UF
Bairro Validade Categoria
CPF Nº CNH Nº Fone
Local de Trabalho Nº Bairro Fone Cidade
End.



6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutores Nº Fone
Endereço Cidade UF
Bairro Validade Categoria
CPF Nº CNH Nº Fone
Local de Trabalho Nº Bairro Fone Cidade
End.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0203918

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZANA VIANA
Cidade/UF SACACEMAS/RN P. Ref. Post. a Estação de Caminhamento
Data 12/10/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 01:15 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

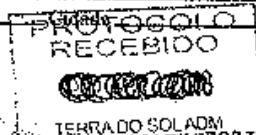
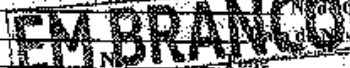
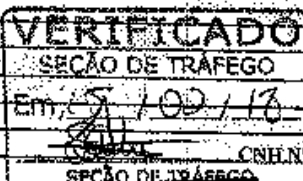


3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi ABE 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW / NOVO FOX CL MB Cor BRANCA Ano 2016 12/16
Proprietário TEREZINHA HOLANDA ALVES MOURA Nº de Ocupantes 02
Conductor FERNANDO WILS HOLANDA MOURA Data de Nasc. 29/10/1983
Endereço RIBEIRIM MOREIRA Nº 338 Fone 94-343538766
Bairro BOA JARDIM Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 048.184.844-40 CNH Nº 02543582380 Validade 07/10/2024 Categoria B
Local de Trabalho CAERN Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade MOSSORÓ

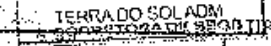
4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



TCM
TERRA DO SOL ADM

00092441 - FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA
RUA DELFIM MOREIRA 878 CASA

Bom Jardim
MOSSORÓ - RN
59618200

Vencimento: 05/01/2018

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO

Endereço para devolução:
End. Entrega: 38472-010 / Mossoró - RN
End. Entrega: 38472-010 / Mossoró - RN
End. Entrega: 38472-010 / Mossoró - RN
End. Entrega: 38472-010 / Mossoró - RN
End. Entrega: 38472-010 / Mossoró - RN

PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não é necessário | <input type="checkbox"/> Anulação |
| <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente | <input type="checkbox"/> Faltando |
| <input type="checkbox"/> Não está na localização | <input type="checkbox"/> Inf. Entrega pelo portador/serviço |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Correto |
| <input type="checkbox"/> Não produzido | |

PROTÓCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM
A CONTABILIDADE DE SEGS.



Item	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Conta de Energia	Unidade	1	225,00	225,00
2	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
3	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
4	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
5	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
6	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
7	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
8	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
9	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
10	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
11	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
12	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
13	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
14	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
15	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
16	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
17	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
18	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
19	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
20	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
21	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
22	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
23	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
24	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
25	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
26	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
27	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
28	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
29	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
30	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
31	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
32	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
33	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
34	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
35	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
36	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
37	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
38	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
39	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
40	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
41	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
42	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
43	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
44	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
45	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
46	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
47	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
48	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
49	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
50	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
51	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
52	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
53	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
54	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
55	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
56	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
57	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
58	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
59	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
60	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
61	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
62	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
63	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
64	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
65	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
66	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
67	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
68	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
69	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
70	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
71	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
72	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
73	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
74	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
75	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
76	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
77	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
78	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
79	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
80	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
81	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
82	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
83	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
84	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
85	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
86	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
87	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
88	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
89	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
90	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
91	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
92	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
93	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
94	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
95	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
96	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
97	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
98	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
99	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00
100	Despesa com Energia	Unidade	1	225,00	225,00

cosern
Grupo Nabeenergia

VANIELLY PRISCILA DA SILVA
RUA VICENTE LEITE 680 - C
PLANALTO IREZE DE MAREIA JERANA
88881-340 RIO DE JANEIRO RJ

Conta Contato: 1002051642
Medidor: 2010000000
Un. Leitura: 00000000
Sequência: 000000
Posto: 000000

www.cosern.com.br

1002051642

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL AUM
COMUNIDADE DE SCS



TGM
FIMB-OTIC

00092441 - FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA
RUA DELFIM MOREIRA 878 CASA

Bom Jardim
MOSSORÓ - RN
59618200

Vencimento: 05/01/2018

ENDEREÇO PARA DELIVRIAÇÃO

Endereço para entrega de correspondência
Rua Delafim Moreira, 878 - Casa
Bom Jardim - Mossoró - RN
CEP: 59618-200

- ☐ 1º Andar
☐ 2º Andar
☐ 3º Andar
☐ 4º Andar
☐ 5º Andar
☐ 6º Andar
☐ 7º Andar
☐ 8º Andar
☐ 9º Andar
☐ 10º Andar

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ Arquivo
☐ Caixa
☐ Caixa de correio
☐ Caixa de correio
☐ Caixa de correio

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN 2019
TERRA DO SOLADIM
E CONSORCIO DE SECS

PROTOCOLO
RECEBIDO
00092441
TERRA DO SOLADIM
E CONSORCIO DE SECS



PROTOCOLLO
RECEPITO
07 JAN. 2019
LIBRERIA SOLARIA
VIA C. D'ARZUFFO 10
10121 TORINO

PROTOKOLO
RECEBIDO
12/02/2013
FERNANDO SOLADIM
MINISTRO DE SECS

