



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
<b>FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA (AUTOR)</b>	<b>HELIA CRISTINA DE QUEIROZ CHAVES (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data	Documento	Tipo
100596940	22/05/2023 22:49	<a href="#">Petição</a>	Petição
100596941	22/05/2023 22:49	<a href="#">2801351_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL</a> <a href="#">Anexo_02</a>	Documento de Comprovação



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6<sup>a</sup> 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.<sup>ª</sup>, 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](http://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=2305222249359920000094892032>  
Número do documento: 2305222249359920000094892032

Num. 100596940 - Pág. 1  
Pág. Total - 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://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=2305222249359920000094892032>  
Número do documento: 2305222249359920000094892032

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](http://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=2305222249359920000094892032>  
Número do documento: 2305222249359920000094892032

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Livia Karina Freitas da 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 N° 018.184.844-40 do sinistro de DPVAT cobertura Assaltos, da Vítima Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o N° 018.184.844-40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios:  
RG, CPF, comprov. de endereço

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	588	Complemento	
Bairro		Estado	RN	CEP	59631-340
cidade		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
Email					

Mossoró 20 de março de 2018  
Local e Data

Livia Karina Freitas da Silva  
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO  
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADIA  
E COMISTRA DE SEGUROS

DLDRL001 V001/2017





## 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 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Lívia da Silva, inscrito (a) no CPF 056.330.906-03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Lúcia M. Nogueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.184.244-40, do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes de Trânsito, da Vítima Fernando Lúcia M. Nogueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.184.244-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Preciso Renda: Recuso é apresento os documentos comprobatórios:  
R.G. CPF. comprovante 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		Número	Complemento
<u>Rua Vicente Soite</u>		588	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Plenário Freyre de Andrade</u>	<u>Montes Claros</u>	<u>MG</u>	<u>59.631-340</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Montes Claros de março de 2018.

Local e Data

Lívia Karina Freitas da Silva  
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
01/03/2018  
TERRA DÓ SOLAUM  
E SÓLIDOS SÓLIDOS SÓLIDOS

## 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 056.865.554/00, com domicílio na cidade de MOSSORÓ, no Estado de RN,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DANTAS MOPEDRA, nº 878,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA, cujo condutor era FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA.

Veículo: FOX,

Modelo: CL MB,

Ano: 2016,

Placa: 22GE-3951,

Chassi: 9BVA0452XGH054606

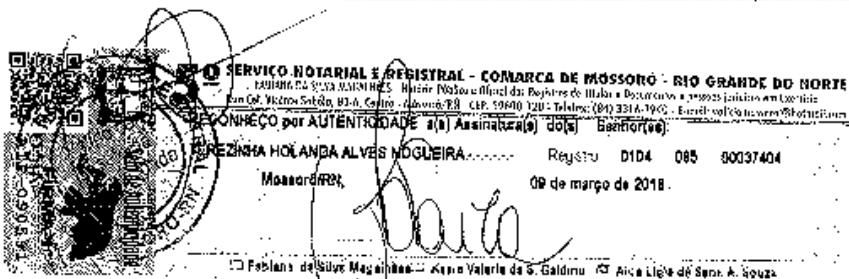
Data do Acidente: 12/03/2018,

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

TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA  
Assinatura do Declarante

Fernando Lutz Holanda Nogueira.

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



PROTOCOLO  
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CONCEPÇÃO DE SEGS.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TERCEZINHA HOLANDA 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 resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Doutor Moraes, nº 878

complemento CASA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA, cujo o condutor era FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA.

Veículo: FOX

Modelo: CL MB

Ano: 2016

Placa: 2266-3851

Chassi: 90WAB459XG4054606

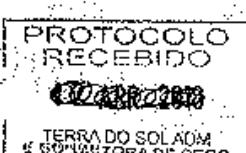
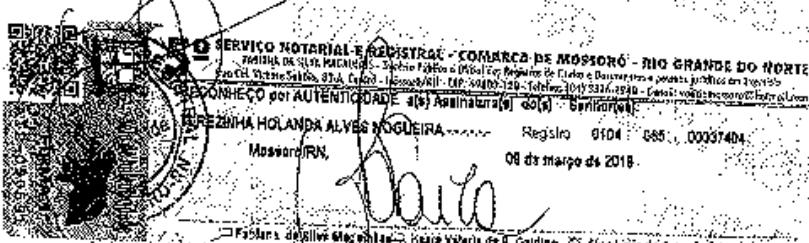
Data do Acidente: 13/03/2018

Local e Data: Mossoró/RN - 06/03/2018



Tercinha Holanda Alves Nogueira  
Assinatura do Declarante

Fernando Lutz Holanda Nogueira  
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

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA Dt. Nasc.: 29/05/1983 Atendimento: 48733026 Prontuário: 3909618  
Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ Posto: Leito: /  
Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM-2010 [1] N°: 19464920 19/02/2018 às 09:31

### ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS; RELATA DOR DÓR  
ABDOMINAL + DOR EM FACE [1]

Queixa Principal

CID10

R520 DOR AGUDA [1]

Alergias

NAO [1]

Doenças Crônicas

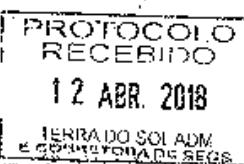
NAO [1]

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

### PLANEJAMENTO TERAPEUTICO

Alta Após Medicção E Cuidados

Alta após cuidados e/ou modificação [1]



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



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=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
3909018	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				
9926-9206					

**DADOS DO CONVENIO**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO**

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

R4310RA - GIULIANA DINIZ LIRA





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página: 1 de 1

19/02/2018 09:34

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Dt. Nasc.: 29/06/1983

Atendimento: 48733026

Prontuário: 3909818

Convenio: HAPVIDA MOSSORÓ

Posto:

Leito: /

Profissional(a): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM 70111 / N°: 19464920

19/02/2018, às 09:31

### ANAMNESE

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS. RELATADO DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE

[1]

Queixa Principal:

R520 DOR AGUDA

[1]

CID10:

NAO

[1]

Alergias:

NAO

[1]

Doenças Crônicas:

NAO

[1]

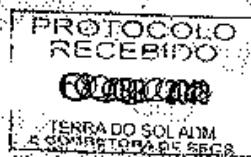
### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

### PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA-01130183654, às 10:15 BRT de 19/02/2018



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=23052222493612000000094892033>

Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 7

Pág. Total - 10



**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
3009618	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA		M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
1695020 SSP RN	4818464440		2-SOLTEIRO		
Endereço					
R DELFIM MOREIRA, 878 - BOM JARDIM, MOSSORÓ (RN) CEP 59800000					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
9928-9206					

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORÓ	1 PLANO ENFERMAGEM VIDA TOTAL ESP C/ UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
02162703414003036			

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORÓ			
Data	Horas	Matrícula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			
2524964 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA	1-MÉDICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO:			

RASILURA - GIULIANA DINIZ LIRA





Vitma

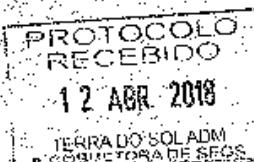
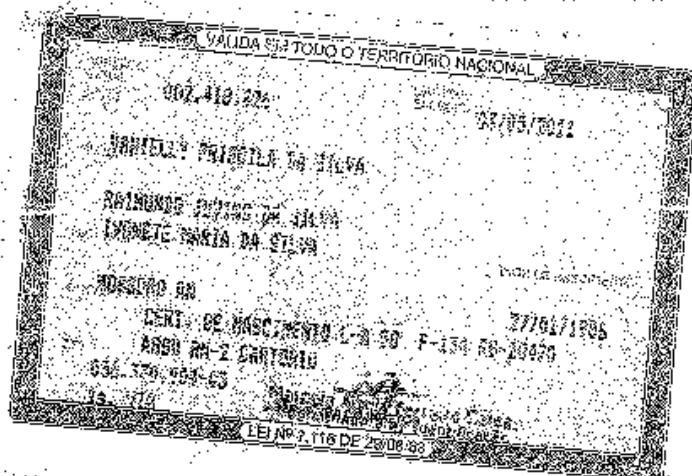
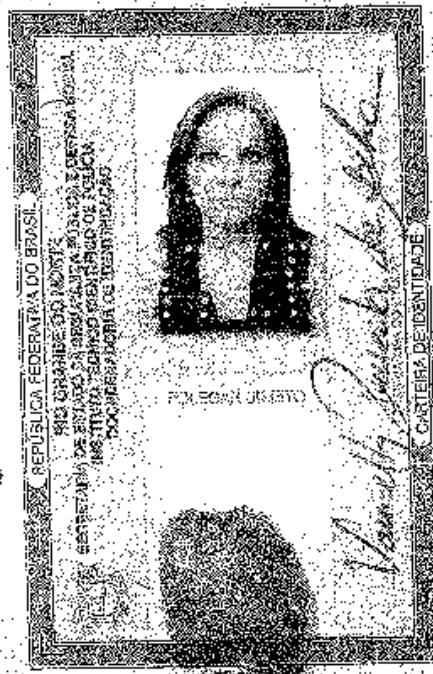


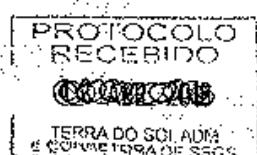
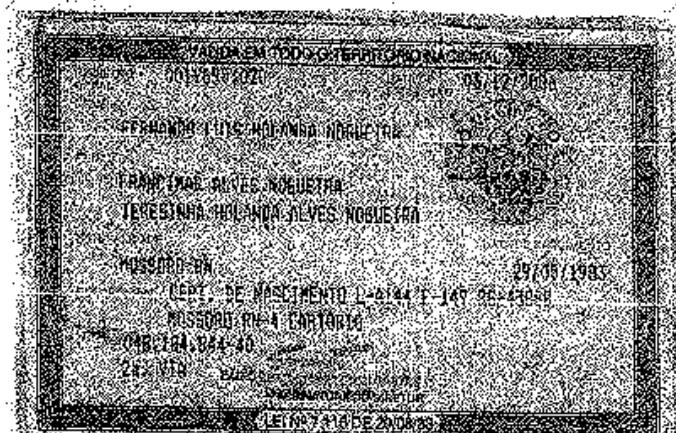
**PROTÓCOLO  
RECEBIDO**

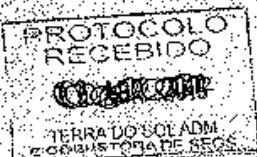
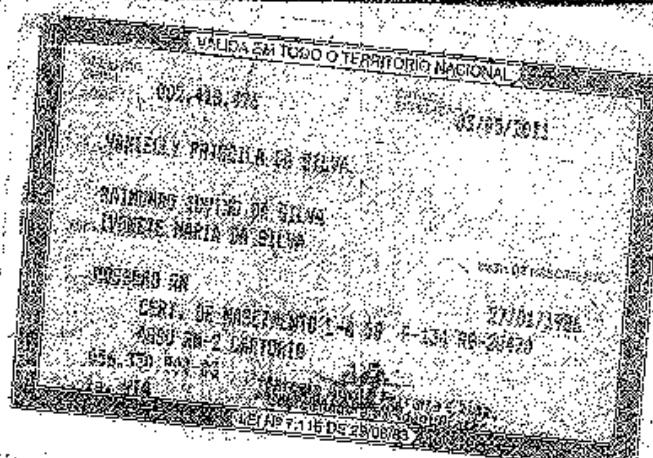
12 ABR. 2018

**TERRA DO SOL AOM  
CONSTITUIÇÃO DAS SEGS.**









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10687 // 90288 N° 01325-18-07794  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: COBRANÇA: PLACA: DATA: 04/07/2017  
1 01077972986 056.865.554-00 04/07/2017

ESTRELLA HOLLANDA XAVIER NOGUEIRA

056.865.554-00 013251

PLACA: DATA: 04/07/2017  
013251/RN 056865554054606

ESTE VÉHICULO  
CARRO/ON/O/NAO ADAPTADO

VE/NOVO FOX CL HB 2016 2016

CAPACIT. 5P/104CV CATEGORIA: PARTICULAR COR: BRANCA

COTA UNICA VENC. DATA LINHA: 04/07/2017 1º PAGO  
R\$ 0,00

FAZERIA: PAGAMENTO: COTAS 2º PAGO  
117769-31 R\$ 237,65 3º PAGO

PREÇO TARIFFEIRO (R\$) PESO TOTAL (Kg) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\* TAXA DETRAN: PAGO \*\*\* DEDET: PAGO

ALIEN. FIS. EM FAVOR DE 59.355.061/0001-45  
DIGITAL ADM DE CONSORCIOS LTDA  
MOTOR: CCRU79492

NOSSO/RN 04/07/2017

Sedex Estende de Ativa  
CONTRATO DE REGISTRO DE VÉHICULO  
DETRAN - RN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PON SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

RN N° 01325-18-07794 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.SEGURADORALIBER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800-027-1330

PERÍODO: DATA EMISSÃO  
2017 04/07/2017

VIA: COBRA: PLACA:  
1 056.865.554-00 013251

REMANE: MARCA/Modelo:  
01077972986 VE/NOVO FOX CL HB

ANO FAB: 2016 DT. LINHA: 1 056865554054606

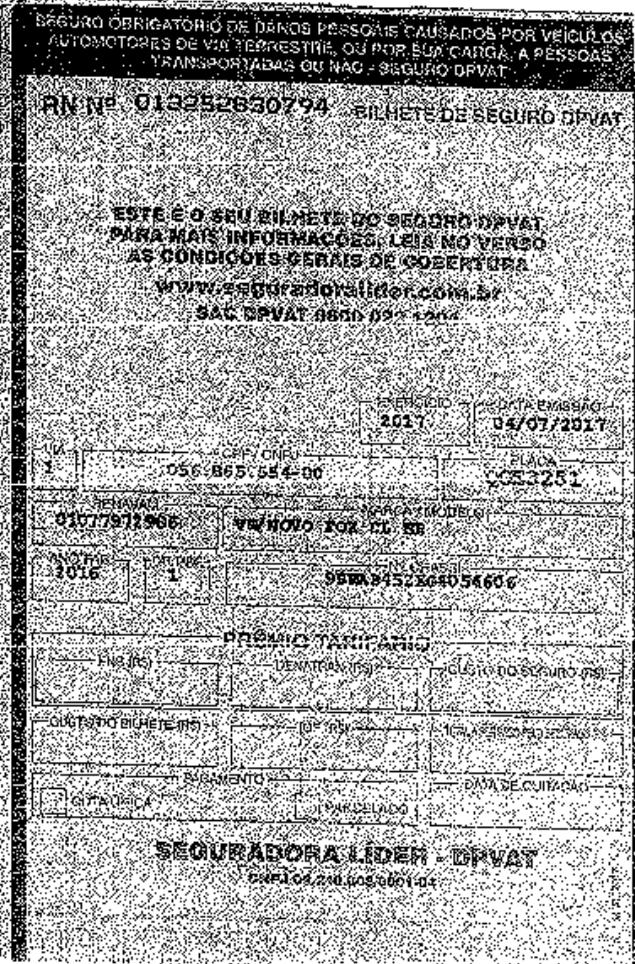
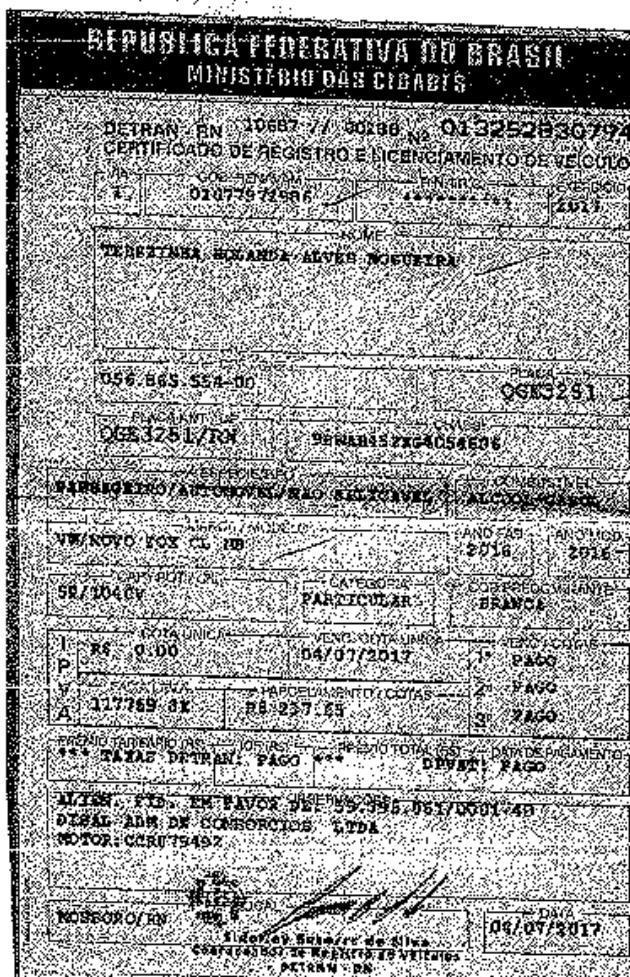
DESCRIÇÃO: CUSTO DO BILHETE  
CUSTO DO SEGURO DPVAT  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 107,60 CUSTO DO SEGURO DPVAT (R\$) 107,60

PAGAMENTO: DATA DE OUTURA  
COTA UNICA PAGAMENTO: DATA DE OUTURA  
PAGAMENTO: PAGAMENTO: DATA DE OUTURA

SEGURADORA LIBER - DPVAT  
CNPJ 09.246.000/0001-04

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
12 APR. 2018  
TERRA DO SOL ADM  
4 COMERCIAL DE RECOS





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180167069      **Cidade:** Caraúbas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO LUIS HOLANDA      **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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### 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 NO GUEIRA Brasileiro  
Seu Tio, inscrito no CPF/MF 018.184.844/140, residente na  
R. DE FIDELIS MIRANTE N° 878  
BOM JARDIM - MAMANDEU/RN

### OUTORGADO:

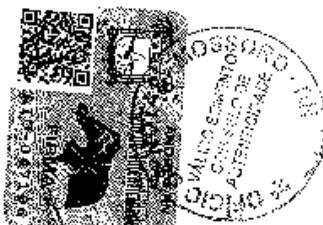
Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA, brasileiro, 124.789.019.418/4961, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua VEGAS DE LIMA, nº 588, Bairro PLANALTINA - MAMANDEU/RN, para representá-lo, 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 no Gueira.

OUTORGANTE

SEU TIO	RECONHECIDO por autenticidade, a firma
SEU TIO	<u>Fernando Luis Helanda no Gueira.</u>
SEU TIO	Assinado em <u>03</u> de <u>MAR</u> de <u>2018</u>
SEU TIO	Em Teste: <u>lks</u>
SEU TIO	Assinado por: <u>lks</u>
SEU TIO	Testemunhas: <u>Fernando - 140218</u> <u>Edmundo - 003000</u> <u>Francisco José Alves - 003000</u> <u>Luana Keila Mendes Fernandes - 003000</u>



PROTOCOLO RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRADO SOLADM & COMPETORADA SEGS



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HELANDA NOGUEIRA **BRASILEIRO**  
SOLTEIRO, inscrito no CPF/MF nº 048.134.844-146, residente na  
R. SILENTIO MORAES N° 1878  
BOM JARDIM - MAMORÉ - RIO GRANDE DO NORTE

### OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor VANIELLY PRESTES DA SILVA, brasileiro, SOLTEIRO 009.118.1061, inscrito no CPF de nº 056-330-904-03, com endereço na Rua VISCONTE DE LIMA nº 588, Bairro PLANALTINA - MAMORÉ /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 interessado; 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

SEGUNDO ORIGEM DE NOTAS  
Rua Santos Dumont, 10 - Centro  
Mossoró-RN Fone/(84) 3017-4223

RECONHEÇO por autenticidade, a firma  
Fernando Luis Helanda Nogueira

Mossoró, RJ, 4 MAR 2018  
Em Teste  
Assinado por: Fernando Luis Helanda Nogueira

Francisco Henrique Ferreira - TCE/RJ  
 Roberto Alves G. Fernandes - SUBSTÍTUTO  
 Francisco José Almeida - SUBSTÍTUTO  
 Liana Karina Mendes da Fonseca - SUBSTÍTUTO



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006084/19

**Vítima:** FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

**CPF:** 048.184.844-40

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** FERNANDO LUIS  
HOLANDA NOGUEIRA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### 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](http://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



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=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 18  
Pág. Total - 21

---

Rio de Janeiro, 17 de Abril 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: 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



Rio de Janeiro, 20 de Abril 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: 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

Pag. 00721/00722 - carta\_03 - INVALIDEZ

00080361  


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.

Carta nº 12689836

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



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=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 20  
Pág. Total - 23

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.

Pag. 00999/01000 - carta\_16 - INVALIDEZ



00020500

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13483224



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=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 21  
Pág. Total - 24

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: VANIELLY 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, contados 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

Pag. 00299/00300 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 sequela 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



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=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 23  
Pág. Total - 26



## 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

CPF da Vítima

008.184.844-40

Nome completo da vítima

Fernando Luris M. Nogueira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Fernando Luris M. Nogueira

CPF titular da conta

008.184.844-40

Profissão

Recluso

Endereço

Rua: Deldim maneiru

Número

878

Complemento

casas

Bairro

Bom Jardim

Cidade

mesoró

Estado

RN

CEP

59683-200

Telefone (DDD)

081849930-3896

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 (001)  ITAÚ (341)

CÂMIA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

0056

13

234191

2

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

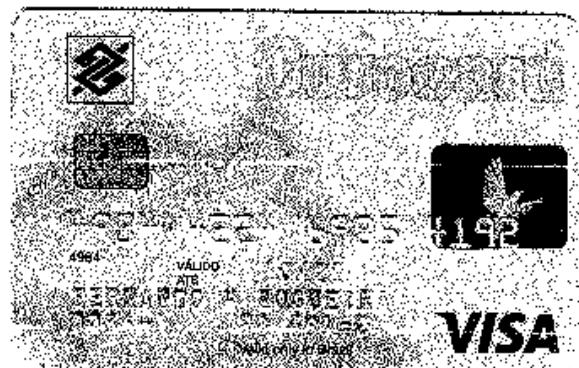
*Fernando Luris M. Nogueira*  
Local e Data

**PROTOCOLO RECEBIDO**  
12 ABR 2018  
TERRA DO SOL AUM  
E COMPLEXO DE SEGS

*Fernando Luris M. Nogueira*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPF 001 0001/2017





## 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 <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201 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 ASL

CPF da Vítima

048.184.844-110

Nome completo da vítima

Fernando Luiz M. Rodrigues

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

CPF/Beneficiário ou conta

048.184.844-110

Número

898

Estado

RN

Profissão

Curador

Complemento

CEP

59618-200

Telefone (DDD)

081849910-3001

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

### FAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00

R\$ 6.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (241)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

BANCO

Nº.

Nº.

BANCO DO BRASIL

001

AGÊNCIA

Nº.

0066

D/V

CONTA

Nº.

28491

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

02/05/2023

TERRA DO SOL ADM

E COMERCIAL MATERIAIS

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

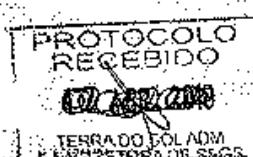
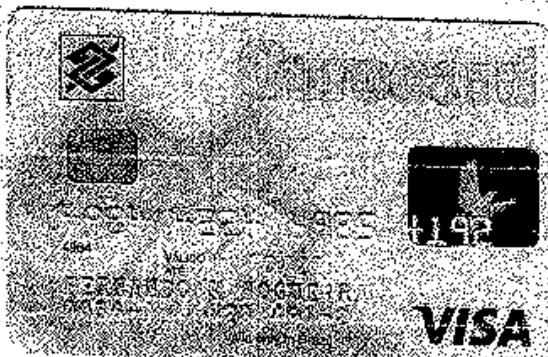
Fernando Luiz M. Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PPPR001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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  
B O A T 0203318

1 - LOCAL E DATA

Local Rodovia RN 117 Bairro Zona Rural  
Cidade/UF CAJAZEIRAS / RN P. Ref. Port. A ESTADO DE CIMA ABAIXO  
Data 10/04/2018 Hora de acidente 00:30 Hora do registro 21/12 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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



3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi ABE 3251 Cidade MOSSEGO UF RN  
 Marca/Mod. FIAT NOVO FOX 20 MB Cor ROANHA Ano 2016  
 Proprietário TIAGO ZINHA HOLANDA ALVES MOREIRA N.º de Ocupantes 02  
 Condutor FERNANDO LUIS HOLANDA MOREIRA Data de Nasc. 27/10/1983  
 Endereço R. D. Faria MOREIRA N.º 877 Fone (84) 28353836  
 Bairro BAIRRO DA PRAIA Cidade MOSSEGO UF RN  
 CPF/Nº 048.139.844-40 CNH N.º 00588550387 Validade 07/04/2021 Categoria B7  
 Local de Trabalho CAEN Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ Cidade MOSSEGO

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
 Proprietário **VERIFICADO** N.º de Ocupantes \_\_\_\_\_  
 Condutor **SEÇÃO DE TRÂNSITO** Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
 Endereço Em: 12/102/18 N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 CPF/Nº REBIL CNH N.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho **SEÇÃO DE TRÂNSITO** Cidade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ PROTOCOLO RECEBIDO  
SI. Dep. Tamo Fornecido \_\_\_\_\_ Matrícula: 202.021-1 N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
12 ABR. 2018

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ TERRA DO SOL ADM.  
 Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ AGENCIA DE SERV. UF \_\_\_\_\_  
 Proprietário \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
 Condutor \_\_\_\_\_ N.º de Ocupantes \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 CPF/Nº \_\_\_\_\_ CNH N.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ PROTOCOLO RECEBIDO  
EMBRANCO \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
12 ABR. 2018

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
 Proprietário \_\_\_\_\_ N.º de Ocupantes \_\_\_\_\_  
 Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 CPF/Nº \_\_\_\_\_ CNH N.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
EMBRANCO \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
12 ABR. 2018



#### 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? LODOIMA (AV 112)

Em que sentido? CROZIERE DE LOMBARDO OTONI Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA RUA, QUANDO FONDEU O FREIO  
MEMBROS SÓ DESLIZAM DE UMA SERRA DE TINTA NA PISTA E PEGOU A LACRIM PERA  
ACOSTAMENTO QUANDO FIZ TENTAR SAIR A PISTA PEGOU O CANTO DO CARRO E  
CASOU-TE.

Assinatura do Condutor do V1 LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Sobre V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_



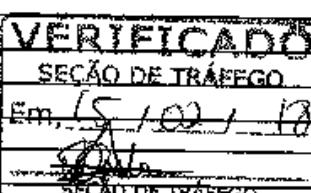
**EM BRANCO**

Assinatura do Condutor do V2 LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Sobre V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_



**EM BRANCO**

Assinatura do Condutor do V3 LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

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 LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA



### 8. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. Clima	Tipo da Pista	Curva/ Pista	Cond. Vista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<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"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive 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"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada	<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. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Entroncamento	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	

### VERIFICADO

#### SEÇÃO DE TRÁFEGO

Em: 15/02/10

SGT. ADRIANO PEREIRA DA SILVA

SL. Delegado Policial Permanente - Pernambuco

Matrícula: 202.021-1



### 9. CROQUILDO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÁRVORE



VESTÍGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA OU MOTO



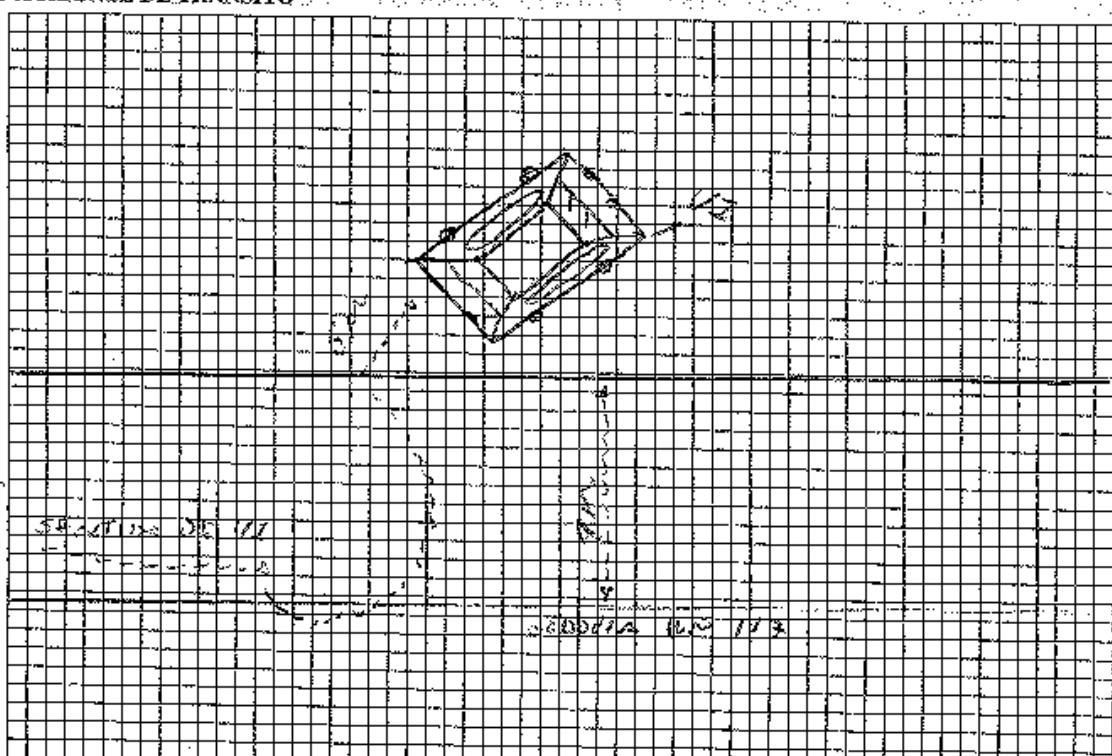
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ÔNIBUS



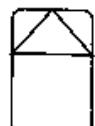
CARRETA



### 10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

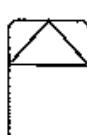
#### AVARIAS DO VEÍCULO 1

CAPô - FACA ISQUEIRO DIANT. - PEGOU FOGO  
 DIANT. E TRASEIRO - PEGOU FOGO  
 TETO - VELA DO PAINEL DIANT. DRO.  
 LATER. FAREL (2x) PEGOU FOGO  
 DIANT. DRO. E LATER. RETROVISOR  
 AIR BAG (2x) PANTAS FANT. E  
 MECANICAS A VEL. FOGO

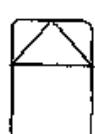


#### AVARIAS DO VEÍCULO 2

EM BRANCO



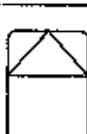
#### AVARIAS DO VEÍCULO 3



EM BRANCO

#### AVARIAS DO VEÍCULO 4

EM BRANCO







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA 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 ESPAÇO VITAL  
Cidade/UF CARNAUBAS/PE F. Ref. POBL. A ESTADO DE LIMA MENTO  
Data 12/10/2018 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  
 - Outro(s) \_\_\_\_\_

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi PE-5 3251 Cidade MASSARANDUBA UF PE  
Marca/Mod. UNI/NOVA FAY GL MB Cor BRANCA Ano 2016/2016  
Proprietário TERESA KARINA GOLANDA ALVES MORAES Nº de Ocupantes 01  
Condutor FERNANDA CLEIS FERREIRA MACHADO Data de Nasc. 29/12/1983  
Endereço 01055-0000 MARCOSA Nº 372 Fone (84) 37753-8366  
Bairro BRASIL Cidade MASSARANDUBA UF PE  
CPF/Nº 048.184.844-60 CNH N° 00543550382 Validade 07/10/2023 Categoria KB  
Local de Trabalho CAPOV End. \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. **VERIFICADO** Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor SECÃO DE TRÂNSITO Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço Em: 15/10/2018 \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF/Nº 000000000000 CNH N° 000000000000 Validade 00/00/0000 Categoria 00  
Local de Trabalho SECÃO DE TRÂNSITO Fone \_\_\_\_\_  
End. SI DANE/000000000000 Nº 000000000000 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Matrícula 202.000.000 \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

**EMBRANCO**

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF/Nº 000000000000 CNH N° 000000000000 Validade 00/00/0000 Categoria 00  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº 000000000000 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
**EMBRANCO**

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF/Nº 000000000000 CNH N° 000000000000 Validade 00/00/0000 Categoria 00  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº 000000000000 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
**EMBRANCO**



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? JACOBINA Qd 117

Em que sentido? Circulava à direita Em que faixa? Da direita

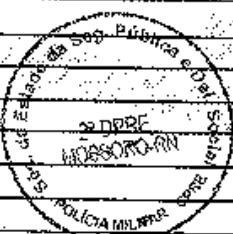
Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA RUA, FAZENDO UM DETERMINADO MESTRE NO SENTIDO DE UMA RUMBA QUE TINHA NA PISTA E PELA ALGUMA PRAIA, ACIDENTALMENTE QUANDO FIZ TENTAR SUBIR A PISTA DEVIDO A FALTA DE VISTA DEIXOU O CONTROLE DO CARRO E CACOTELA.

Assinatura do Condutor do V1 [Assinatura de V1]

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_



**EM BRANCO**

Assinatura do Condutor do V2 [Assinatura de V2]

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

**EM BRANCO**

**VERIFICADO**

SEÇÃO DE TRÂNSITO

Em 15/05/2023

SEÇÃO DE TRÂNSITO

Assinatura do Oficial de Trânsito \_\_\_\_\_  
Matrícula: 202.021-1

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

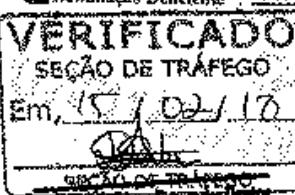
**EM BRANCO**

Assinatura do Condutor do V4 [Assinatura de V4]

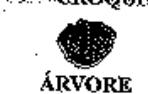


### 8. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caracter./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<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"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Lameada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulus	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclice 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 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"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Pern. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Entroncamento	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> Bifurcação	



### 9. CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ARVORE



VESTIGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA OU MOTO



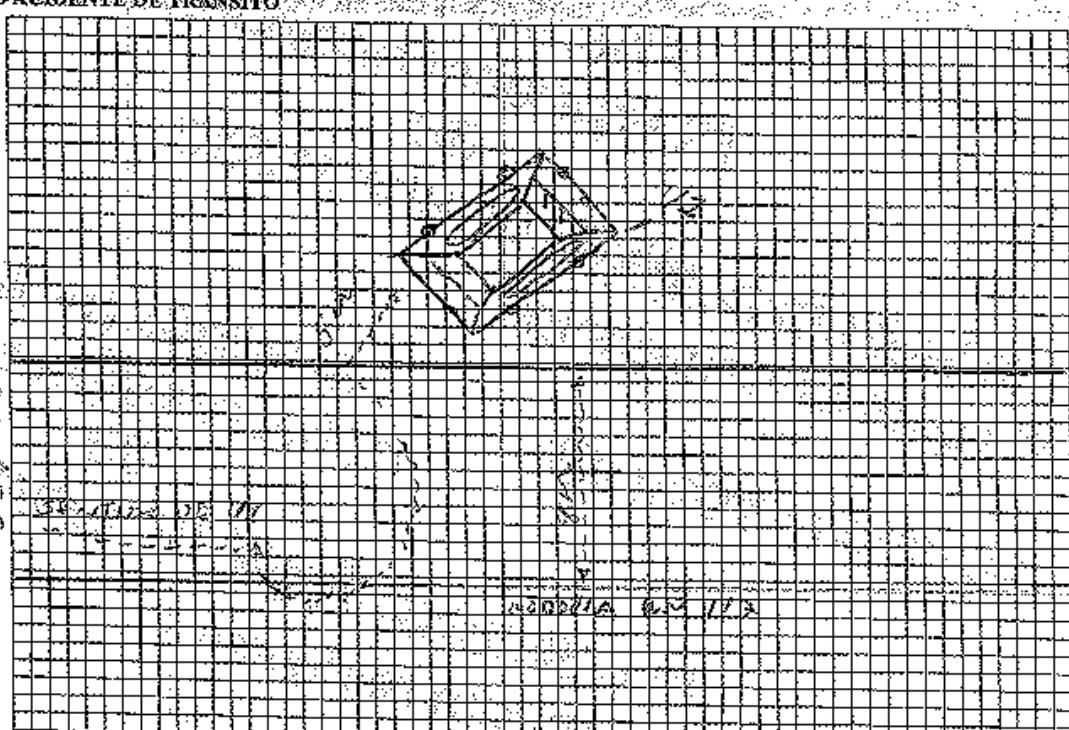
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ÔNIBUS



CARRETA



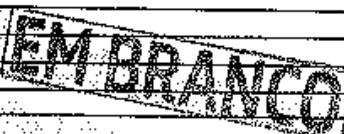
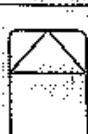
### 10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

#### AVARIAS DO VEÍCULO 1

CARRO - FALTA ÓLEO D'ANT. - PARA SUBIR  
 PLANT. E TR. AERAT. - PASTA D'ANT. DR. E CO.  
 TETO - VÍGAS DA PORTA DURANTE DR.  
 CO. CO. FALTA (22) PARA CO.  
 PLANT. DR. E CO. - RETROVISOR  
 AIR BAG (22) CO. TES. SIST. E  
 ALGUMAS A VERIFICAR



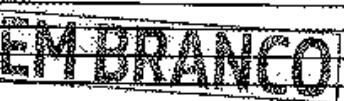
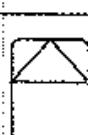
#### AVARIAS DO VEÍCULO 2



#### AVARIAS DO VEÍCULO 3



#### AVARIAS DO VEÍCULO 4







## 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 nequeiro* 018.184.844-40

CPF da Vítima

Data do Acidente

*31/03/2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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:

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 Lider 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

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM  
EQUILÍBRIO DE SEGS

*Manaus, 20 de março de 2018.*

Local e Data

*Fernando Luis Holanda nequeiro.*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 001/001/2017





## DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<b>Fernanda Luis Holanda Maguire</b>	018.184.844-10	10/01/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
<b>Edson Luiz Holanda Maguire</b>	
Email:	Telefone (DDD)
<b>edsonluizholanda@bol.com.br</b>	03184 92836-3004

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalei uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI 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-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Lider 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**

**TERRA DO SOL ADM E CONSTRUÇÕES LTDA DE SGES**

**Fernanda Luis Holanda Maguire.**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DATA: 02/01/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
BOAT 1203218

1 - LOCAL E DATA:

Local Rodovia RN 117 Bairro Zona Rural  
Cidade/UF GRANDE RIO P. Ref. Post. A ESTADO DE CEARÁ  
Data 23/10/2018 Hora do acidente 02:30 Hora do registro 02:15 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal   | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral     | <input checked="" type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque                 | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |



3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi ABF 3251 Cidade Mossoró UF RN  
Marca/Mod. VW / Vento Fox 00/08 Cor BRANCA Ano 2016 Tel. 16  
Proprietário TERESA ZILMA GOMES DA SILVA Nº de Ocupantes 02  
Condutor FERNANDO GOMES GOMES DA SILVA Data de Nasc. 29/10/1983  
Endereço Rua 10 de Novembro N° 878 Fone (84) 9 9753 7754  
Bairro Centro Cidade Mossoró UF RN  
CPF N° 048.134.844-43 CNH N° 005935.52387 Validade 07/10/2018 Categoria A3  
Local de Trabalho CAFÉ End. \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor **VERIFICADO** Cidade \_\_\_\_\_  
Endereço SECÃO DE TRÁFEGO Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Bairro Em 15/10/18 Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
CPF N° 000000000000 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho SECÃO DE TRÁFEGO Categoria \_\_\_\_\_  
End. SI Depois Tempo Novo Fone \_\_\_\_\_  
Matrícula 2022021-1 N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**EMBRANCO****PROTÓCOLO RECEBIDO****12 ABR. 2018**

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**EMBRANCO**

5 - VEÍCULO 03:

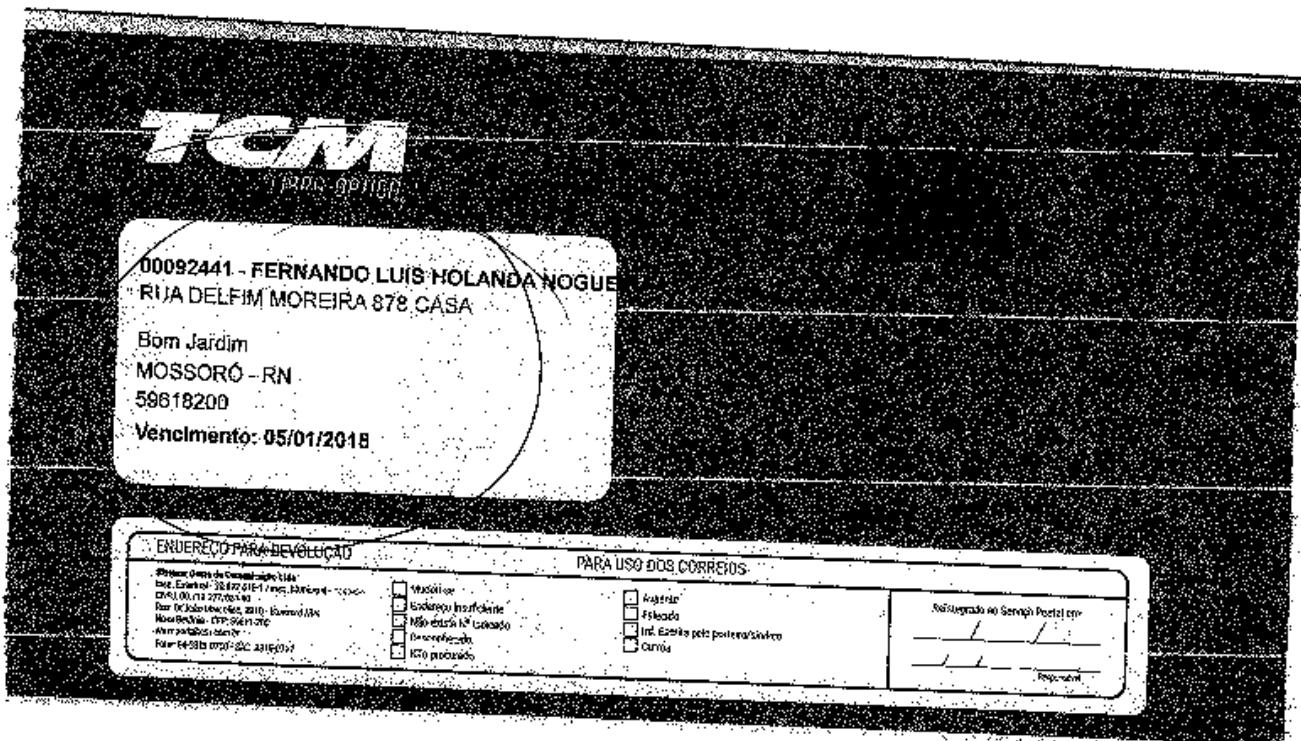
Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**EMBRANCO**

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_







PROTOCOLO  
RECEBIDO

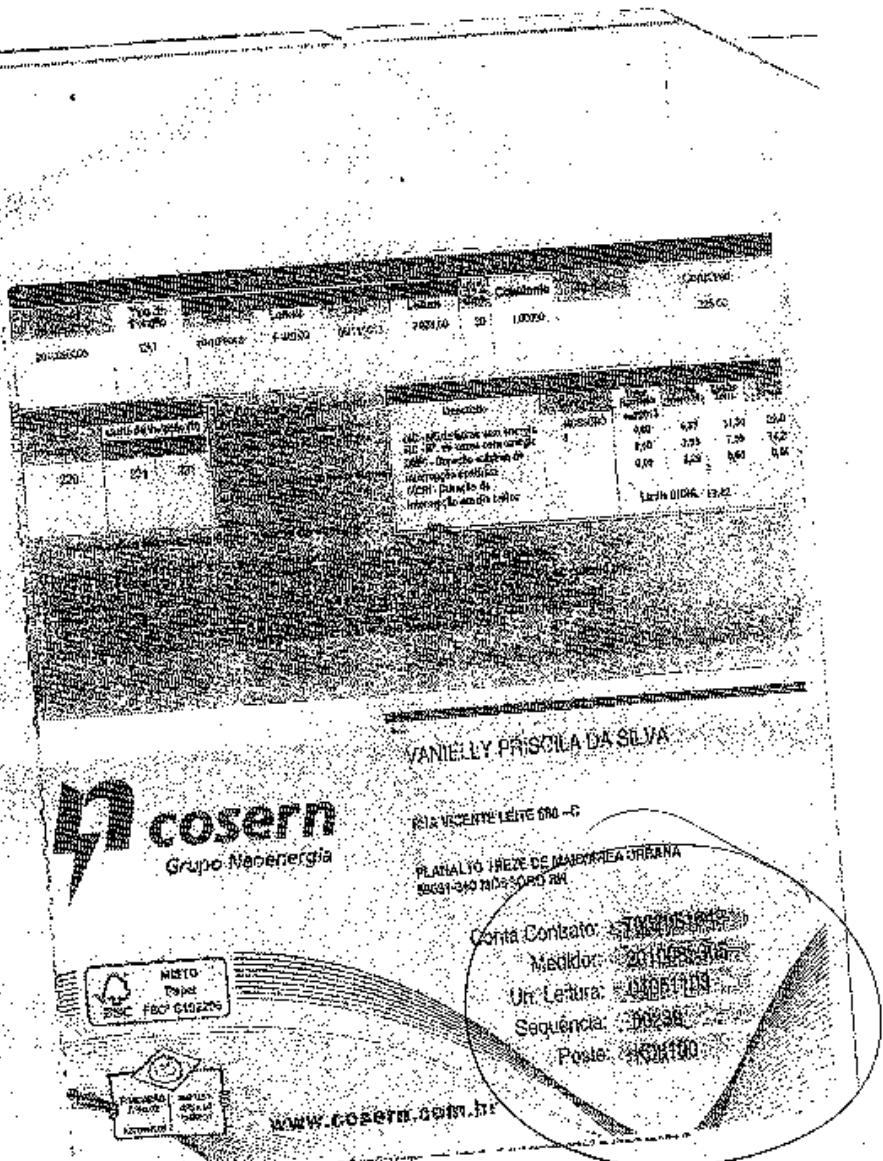
12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.  
4 FLORESTA GRADE SEGS



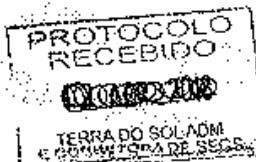
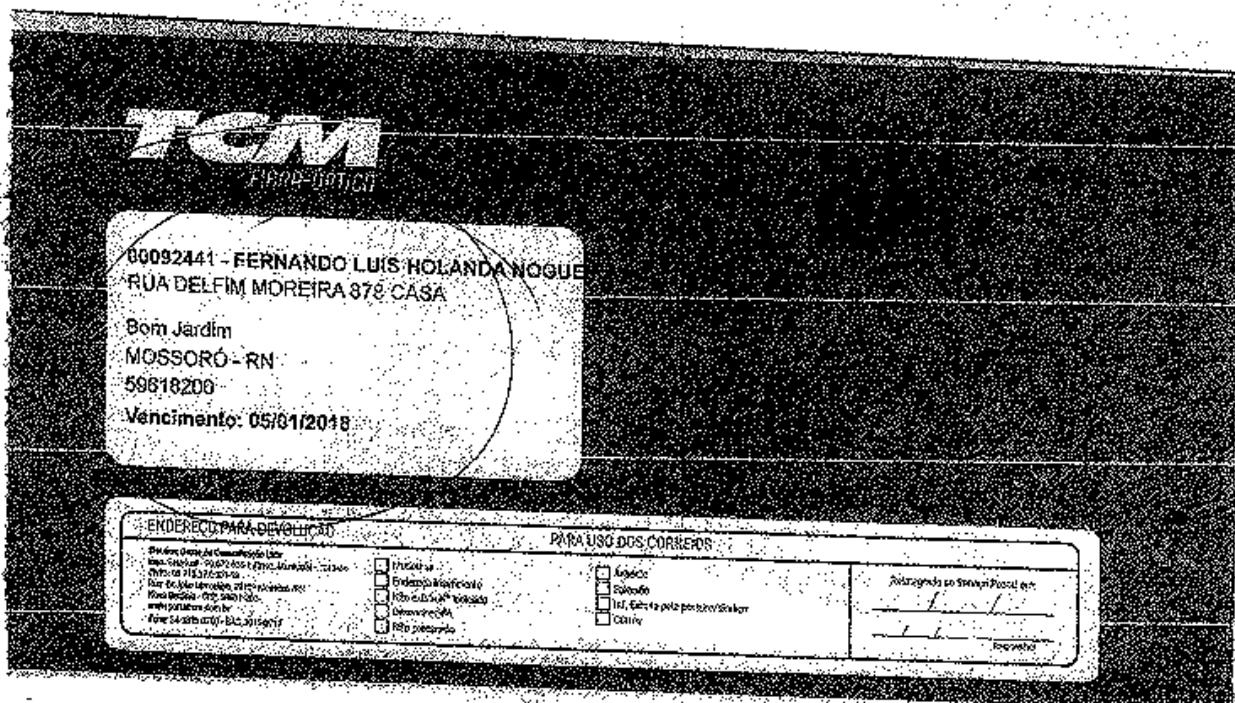
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2023 22:49:36  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

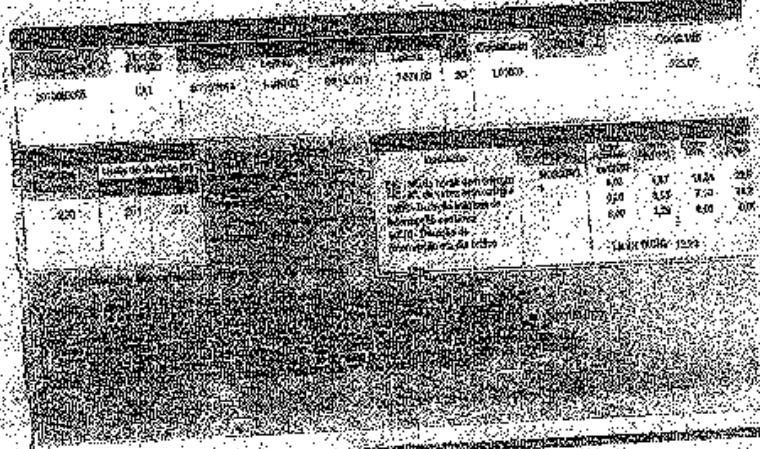
Num. 100596941 - Pág. 40  
Pág. Total - 43



3002051642

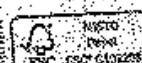






VANIELLY PRISCILA DA SILVA

**cosern**  
Grupo Necesserjia



NEXO  
Necesserjia  
NEXO



www.cosern.com.br

RESIDENTE LOTE 108 - C

PLANO DE TIERRA DE MARZARELA URBANA  
2012/2013 MUNICÍPIO DE

Conta Contrato: 2100141545  
Medidor: 2100141545  
Un. Leitura: 2100141545  
Sequência: 20210  
Posto: 21001400

2002051642 / PROTOCOLO  
RECEBIDO  
07 JAN. 2019  
TERNA DO SOLADA  
MUNICIPIO DE SECA

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
07 JAN. 2019  
TERNA DO SOLADA  
MUNICIPIO DE SECA



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=23052222493612000000094892033>  
Número do documento: 23052222493612000000094892033

Num. 100596941 - Pág. 43  
Pág. Total - 46