

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
INTERFERIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1329227 ITEP RN

CPF DATA NASCIMENTO
877.270.214-15 08/08/1972

RESIDÊNCIA
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
[] [] []

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABITACAO
07/12/2016 08/09/1994

OBSERVAÇÕES

LA

Recebeu o documento e o nome

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
MOSSORO, RN 08/12/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

99416102055
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1290387313

PROTEGE PLASTIFICAR
1290387313

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTERIO DAS COMUNICACOES

SECRETARIA DE TELECOMUNICACOES

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE RECURSOS

PROCESSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTERIO DAS COMUNICACOES

SECRETARIA DE TELECOMUNICACOES

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE RECURSOS

PROCESSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

RECURSO N. 0148253-15001

DECLARAÇÃO

EU Fabio Fernandes da Silva
portador (a) da cédula de RG de N° 008 361 830 e
CPF 077.153.674 32 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Banco do Nordeste
para regularizar minha conta Desconto de agência
3001 número 57922-2 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assinatura OS de Assinatura de 2022

Fabio Fernandes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098144 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA SUPERFICIAL FACIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *AMD500*X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210098144 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: e

Resultados terapêuticos: e

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *AMD500*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Felipe Fernando da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Pescador, Data do Acidente 22.01.2022
Cobertura invalididade portador(a) do RG 004.901.980 órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 072.163.624-92 residente no(a)
Rua Seis de Janeiro nº 1615
bairro: Santo Antonio, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15 residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

MOSSORÓ 22.01.2022
Local e Data

Felipe Fernando da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082906/21

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 072.153.654-92

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/11/2020

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

FABIO FERNANDES DA SILVA : 072.153.654-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/03/2021
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2021
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210098144

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO FERNANDES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 21/11/2020, emitida pelo Dr. MOISES FELIPE, CRM nº 1579 - RN, da Instituição H.REGIONAL TARCISIO VASCONCELOS MAIA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel./DDD:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INCIDÊNCIA ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCIDÊNCIA (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3004 CONTA: 34234 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha própria vontade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o valor, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que existe impossibilidade de apresentar a laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que existir uma das opções:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a apresentar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

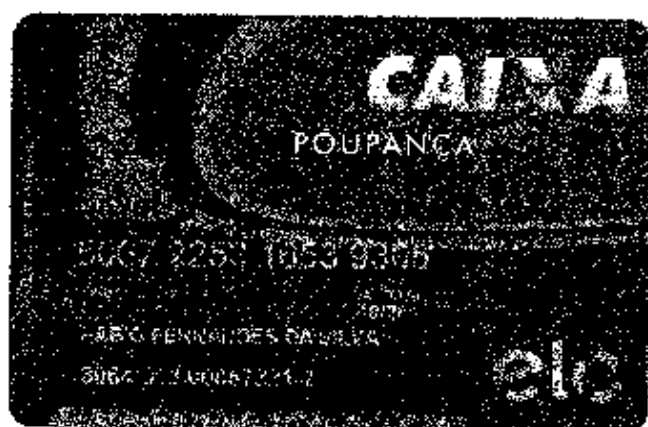
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008251/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/01/2021 15:47:27 Data/Hora Fim: 18/01/2021 15:57:34
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Elezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 22/11/2020 23:45

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Santo Antônio

Logradouro: CRUZAMENTO DA RUA MELO FRANCO COM JOÃO CORDEIRO

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FABIO FERNANDES DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/01/1980	Idade: 40
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Terezinha Fernandes Nascimento da Silva			

Documento(s)

CPF: 072.153.654-92

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA EDNOR LIMA DE MOURA

Nº: 161

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 9946-1252 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário: 072.153.654-92
Placa: NNJ3G21	Renavam: 00197977081
Número do Motor: JC41E1A578790	Número do Chassi: 9C2JC4110AR578790
Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010	Cor: PRETA
UF Veículo: RN	Município Veículo: Mossoró
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Situação: Meio Empregado, Envolvido	Última Atualização Danatran: 26/03/2020
Situação do Veículo: NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Fabio Fernandes da Silva	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008251/2021

RELATO/HISTÓRICO

DECLARA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA (CITADA), PELO LOCAL MENCIONADO (RODOVIA ENTRE AS CIDADES DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO/RN E MOSSORÓ/RN) E QUE EM DADO MOMENTO, SEU VEÍCULO COLIDIU COM UM BURACO, E QUE DESTA FEITA, OCASIONOU SUA QUEDA. DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HRTM. DECLARA QUE NECESSITA DESTA B.O. PRA FINS DE SEGURO DPVAT. QUE NADA MAIS A DECLARAR.

ASSINATURAS

Erivelton Polari Alves
Agente de Polícia
Matrícula 123.527-3
Responsável pelo Atendimento

Fabio Fernandes da Silva
Comunicante, Vítima

"Doutra para os devidos fins de direito que sou o(s) (institui) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente caso apresente omissão que der origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e cando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de falecimento da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE Ocorrência REGISTRO Nº 410

Mossoró 02 de Dezembro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FABIO FERNANDES DA SILVA, 40 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de moto

Data da Ocorrência: 22/11/2020

Local da ocorrência: No cruzamento da Rua Melo Franco com João Cordeiro, Santo Antônio.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 23h 45min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima apresentando fratura de dentes e escoriações, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Fabio Fernandes da Silva, 40 anos, portador de RG: 002.261.880.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matricula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
DIRETOR GERAL DO SAMU
MAT. 405418-4

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matricula 405418-4

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**



COSERN

Competition & Energy to Pro Grands Co Nucle
Hen Harrier, 'SU Bala Kwa' - R/L DEF 20025-257
On P, 38 12r 199-2021-31 1100; Ext. 20055-292 - Jura 2000000000

DADOS DO CLIENTE

DADOS DO CLIENTE
JOSELEFRANES DA SILVA

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COMBINEORA

FINANCIAL RECORDS OF MCLB: 1981

027.000.627 544-45 NIS 20067396805

SANITARY NOTIFICATION AREA, URBANA
MOSBORN IN
59621-5731

[illegible]

062570000 : LNCa : 13125666

01/20/2024	3111621332	5/1/554
------------	------------	---------

[illegible]

19. 24. 18. 23. 17. 22. 16. 21.

1963

Nº DO MEMORIAL	TIPO DA FURADA	ANTENOR		ATUAL		Nº DE CURSOS	CONSTANTE	AJUSTE	CORREÇÃO (Nº)
		18/11/2023	LEITURA 11/11/2023	18/11/2023	LEITURA 22/11/2023				
							1,0000		20,00

[illegible]

© 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is a registered trademark of The McGraw-Hill Companies, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc. For more information, contact The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020-1346, USA. ISBN 0-07-141860-0. MH 0071418600.

19 24
276-10 SEP 10 21

CONTA CORRENTE	NEXOMO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
148222291	02/02	28/02/2021	187,77
BANCO DO BRASIL S/A		PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCARIA	
00180.00009 63217.476013 06644.638174 86430000018777			
PAGAMENTO AUTOMATICO EM FIEC (D)		470.986,20 - 09	
A/C EXERCÍCIO ANTERIOR			
RUA ASSIS BRASIL 111			
555 1-0000000000000000			
DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PAGAMENTO	VALOR DO PAGAMENTO	VALOR DO PAGAMENTO
31/12/2020	470.986,20	470.986,20	470.986,20

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

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Benício de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.376.747/45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Francisco de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.158.654/30, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Robsonilson de Sá Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.452.659/32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1. Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

2. 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 <u>Rua do Comércio</u>		Número <u>1015</u>	Complemento <u>apto 101</u>
Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61015-070</u>	
E-mail <u>luciano@luciano.com.br</u>		telefone comercial (DDD) <u>(84) 3393 8766</u>	telefone celular (DDD) <u></u>

Assini 15 de Dezembro de 2016
Local e Data

Paulo Sérgio Benício de Vasconcelos
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 20270 /2020

Admissão: 23/11/2020 00:12:45

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 68757 - FABIO FERNANDES DA SILVA (40 a 9 m 28 d)

Nascimento: 26/01/1980

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700202479764322

CPF: 07215365492

Prof:

Mãe: TEREZINHA FERNANDES N DA SILVA

Pai: NAOIDENTIFICADO

Logradouro: PROJETA DA, 1

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88166222

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

PESO:

23/11/2020 00:05:50

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		96		18	91			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO ALCOLIZADO SEM CAPACETE, SIC APRESENTA ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DA FACE E FRATURA DE

DENTES

Dt e Hora: _____

*Paciente alcoolizado 20070 +
lesões em face - Torporoso*

Poltranny

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
Aval.	NCK BMO	SF 9/9% / 1000ml EV		
		1.º		
Voltaren - 75 - 10mg - 2x				
Aftinapona 1g EV				
Decadron 10mg EV				
Dipirona 1g EV				
ORT: DNR e parol E				
Sedose parol E APP				
Painis				
02/11-1670				

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 23 de Novembro de 2020.

(Assinar e

Carimbar)

RMF:

Travessia para - Protocolo

Paciente acordado, não
responde ao comandos verbais
necessita de exame de
marcapó deprimido de agitação.

segue em OPR RMF. >/

Intervenções e fluxos.

Dr. Valmir Braga de Aguiar
Especialista em Neurologia
CRO-PB: 3671 - CRO-RN: 5897

HOSPITAL REGIONAL DO LESTE
SUA CONTORELAÇÃO
SALA MUSCULOCULARES 2020

23/11/2020

NRE 00:40h

21/11/20
SALA MUSCULOCULARES
23.955-0

Paciente acordada, vítima de queda de andar,
sem consciência.

No exame: G4 (AO: 3, RU: 5, RM: 6), sem déficits.
esconchido em face.

Tonômetro não operante no nariz
OO: observados neurologicos.

23/11/20.

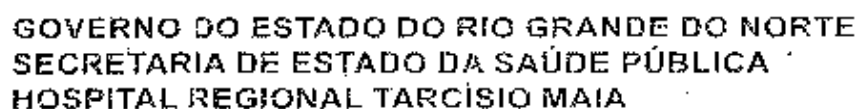
TC crânio pela manhã - curso de edema cerebral.

JH TC de crânio e col cervical sem alterações

At: Orientações
Alte de NRE

Moisés Felipe
Neurocirurgia
RM 579 RN

Dr. André Corsino
Neurocirurgia
RM/RN 6245-602 2558



Nome:

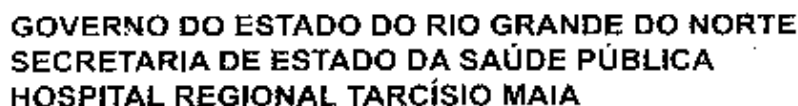
Fábio Fernandes Silva Leito:

Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
23/11/20	BMF: Transm. final - Econômica em face + Promo- ções de capital apreciadas. K sem transição p/ fr. Acamp. e possível abto p/ anuidade.

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
1)	Mefen 470mg 1 Pastilha		Conte	
2)	SE 2,5% 1500ml EV		1:es:	
3)	Ceftriaxona 1g EV 12/12/15		22e 30.	
4)	Dacardum 4mg EV 8/8		22e	
5)	Dipirona 1g 3x/6h		- 22e	
6)	Carbamazepina 100mg			
7)	SSV FCC 86.			



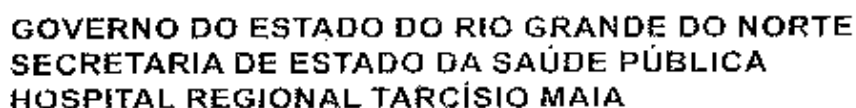
Nome: André Mendes Silva

Leito:

140.

PRESCRIÇÃO

[illegible]



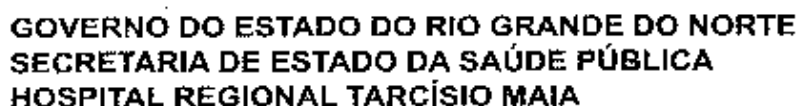
Nome: Lucio Hernandez de Silva

Leito: 34-12

[illegible]

PRESCRIÇÃO

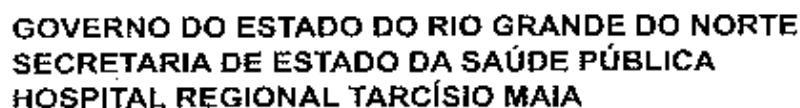
Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Dita no líquido prescrito		SND	
	② SA 9-12 1200ml em		1 ^h 3 ^h	
	36 12 000ml em		2 ^h	
	③ Bulefin 1g + 100ml 500ml em 120ml		10 ^h	
	④ Dexametazona 4mg 120ml		10 ^h 2 ^h	
	⑤ Dexametazona 2mg 400ml 500ml		10 ^h 1 ^h 2 ^h 0 ^h	
	⑥ Dexametazona 40mg 400ml em		⑥ NT	
	⑦ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑧ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑨ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑩ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑪ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑫ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑬ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑭ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑮ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑯ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑰ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑱ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑲ Dexametazona 40mg 400ml em			
	⑳ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉑ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉒ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉓ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉔ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉕ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉖ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉗ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉘ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉙ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉚ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉛ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉜ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉝ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉞ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㉟ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊱ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊲ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊳ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊴ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊵ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊶ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊷ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊸ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊹ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊺ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊻ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊼ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊽ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊾ Dexametazona 40mg 400ml em			
	㊿ Dexametazona 40mg 400ml em			



Nome: Rafael Henrique de MVA Leito: _____

PREScrição

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	2x 1h LUN		18/3	
	5x 0,9 (200 ml) N		2-4	
	5x 0,9 (200 ml) 2x 1h		18-00-06	
	Aspirin 1g/1h 66h		18-00-06	
	Clindamicin 600mg 66h		18-00-06	
	Dikloron 100mg 66h N		5N	
	Omeprazol 40mg 1x		(06)	
	Bitartrato de cloridrato			
	2x 1h 19h		18/02	
	2x 1h 19h 4h/1h 2h			
	8/19h			
	SSV 4x 4h			
	folha b.			
	Hernando			
	* Análise para exame			



Nome: Fabio Fernandes do Jesus Leito: _____

PRESCRIÇÃO

[illegible]