



Número: **0807340-35.2023.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO FERNANDES DA SILVA (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
104826013	08/08/2023 21:53	Petição	Petição
104826014	08/08/2023 21:53	2885336_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Documento de Comprovação



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

Processo: 08073403520238205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO FERNANDES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 4 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
OAB/RN 11929

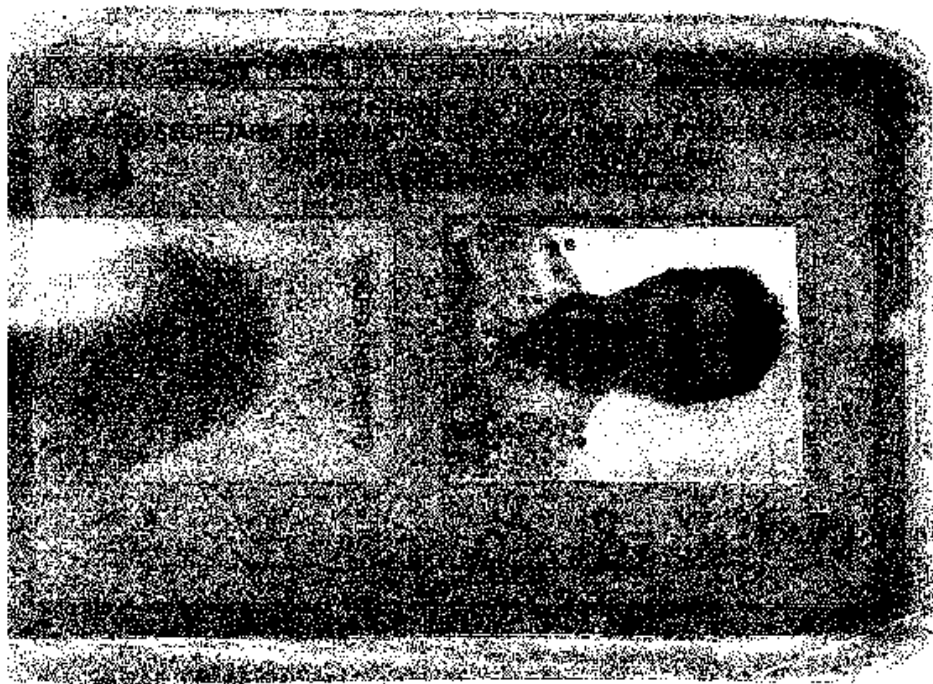


Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br

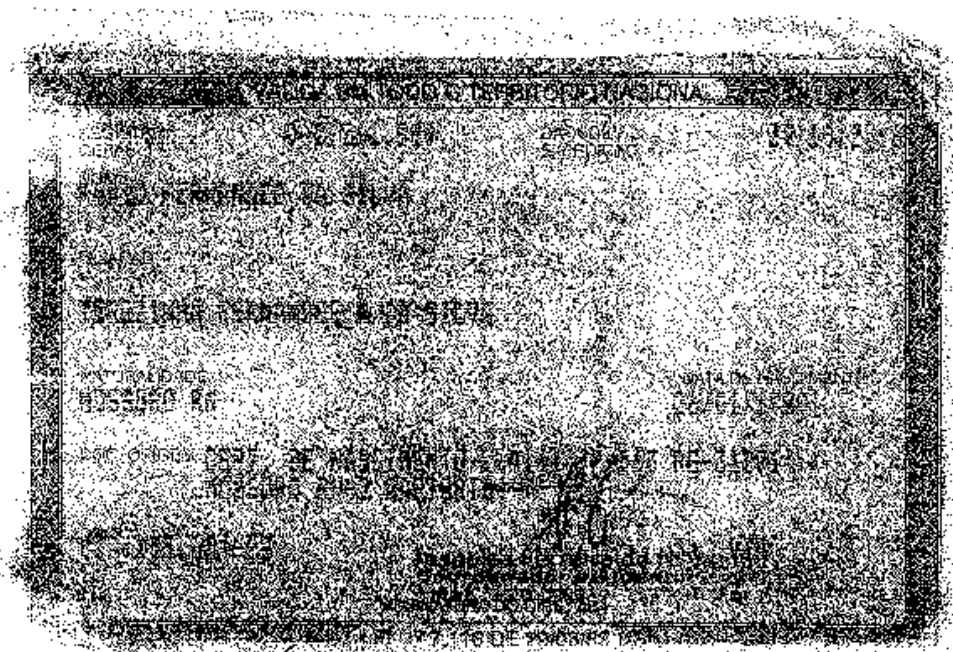


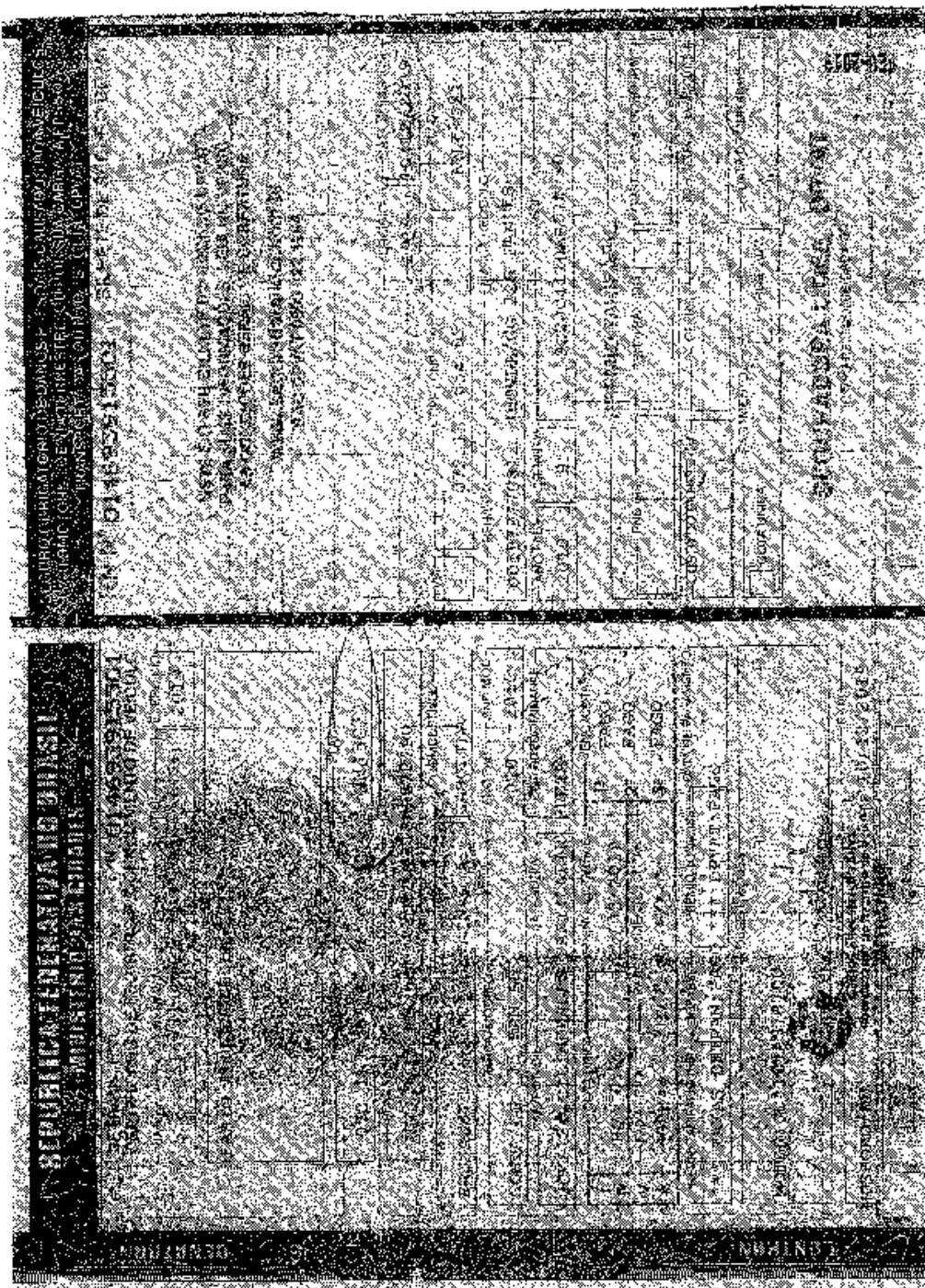
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 08/08/2023 21:53:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080821533453400000098667413>
Número do documento: 23080821533453400000098667413

Num. 104826013 - Pág. 2
Pág. Total - 2



Livia





DECLARAÇÃO

EU Fabio Fernandes da Silva
portador (a) da cédula de RG de N° 002.361.850 e
CPF 072.172.674-32 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Banco Comercial Federal
para regularizar minha conta Doulosa de agência
3064, número 57321-2 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assinado em 08 de Agosto 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: Fabio Fernando da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Pescador, Data do Acidente 22.01.2020
Cobertura invalidez portador(a) do RG 004.961.910 órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 072.163.624-92 residente no(a)
Av. Pedro Leão da Moura nº 461,
bairro: Santa Antônia, município: Moossoró / 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.

Moossoró 28.03.2022

Local e Data

Fabio 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01543/01544 - carta_31 - INVALIDEZ

00020772



Carta nº 16729079



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: 578 154 644 92 3 - CPF da vítima: 093 194 644 92 4 - Nome completo da vítima: Fabiano Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Fabiano Francisco da Silva 6 - CPF: 093 194 644 92
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua... 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 DE 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 INCENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (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: 0004 CONTA: 00000000000000000000 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização/ressarcimento 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 não há impedimento para a realização de exames médicos e perícias para fins de liquidação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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. 24, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Casado ☐ 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 (nenascer)? ☐ 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 renovar 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 289 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
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, 08/08/2023

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Fls: 1

Visto:



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 Elzezer 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



Impresso por: Erivelton Polari Alves
 Data de Impressão: 18/01/2021 15:57:42

Página 1 de 2
 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2
Visto:



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 TRAVEGAVA 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

"Douzo para os devidos fins de direito que sou o(s) (você(s)) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente caso apresente declaração que não é verdadeira, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Erivelton Polari Alves
Data de Impressão: 18/01/2021 15:57:42

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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. Avise-me uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 obter o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 da morte 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 nascos)?

☐ 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 provarem 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

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11/08/2016



**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
MAT. 405418-4

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matricula 405418-4
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



DADOS DO CLIENTE
LUCEILE FERNANDES DA SILVA

INSTRUCOES PARA O USUARIO DO CURSO
FIM DE CURSO DE MATEMATICA

027.000.627 544-45 NIG 20067396005.

SANITAZIONE URBANA
MOSSORINI

ALABAMA
STATE COMMISSION
MONTGOMERY

062270833 UNCL 171256Z

11	22	33	44	55	66	77	88	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

7013740172 12/2020

[illegible]

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Conector TUSDE de 30 Km	3L CCCC033	0,11278987	3,38
Conector TUSDE superior de 30 ate 100 Km	9C CCCC033	0,17666176	15,89
Cabo TUSDE superior de 30 ate 100 Km	10C CCCC033	0,23947768	23,82
Conector TE de 6L 40Km	3L CCCC033	0,11171426	3,32
Conector TE superior de 60 ate 100 Km	7C CCCC033	0,19394461	13,57
Conector TE superior de 100 ate 220 Km	15L CCCC033	1,29061676	26,85
Adaptador Bandeira VBR/ELINK			71,0
Contr. Int. 50Km Municipal			6,11
LINKS Paralela Superconexão			8,11

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

1963

| Nº DO MEMBRO | TPO DA FUNÇÃO | ANTENOR DATA
18/11/2009 | LEITORA DATA
17/11/2009 | ATUAL LEITORA DATA
17/11/2009 | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CORRIGIDO (\$R\$) |
|--------------|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|------------|-----------|--------|-------------------|
| | | | | | | 1,00000 | | 29,50 |

[illegible][illegible]

1924
275-510 SENNO 214



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT²; contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF³**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Procurador(a) Benedito de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.376.471-5, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benedito Freitas da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.153.654-0, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Benedito Freitas da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.153.654-0, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---|-----------------------------------|
| Endereço
<u>Rua do Comércio</u> | | Número
<u>1015</u> | Complemento
<u>apto 101</u> |
| Bairro
<u>Centro</u> | Cidade
<u>Recife</u> | Estado
<u>PE</u> | CEP
<u>51010-070</u> |
| E-mail
<u>lcarina@lider.com.br</u> | | Telefone comercial (DDD)
<u>(71) 3353-8700</u> | Telefone celular (DDD)
<u></u> |

Recife, 05 de Dezembro de 2016
Local e Data

Livia Karina Freitas da Silva
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: PROJETADA, 1

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88166222

Compl:

Motivo (atendido pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

23/11/2020 00:05:50

PESO:

| 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 ALCOOLIZADO SEM CAPACETE, SIC/APRESENTA ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DA FACE E FRATURA DE DENTES

Dt e Hora: _____

Paciente alcoolizado + lesões em face - Torção do

Poltrona

Diagn. Inicial:

Assin:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORARIO | ASSINT. |
|-----------------------------|------------------------|-----------|---------|
| <i>Anal.) NCK</i> | <i>SF 9,9% / 100ml</i> | <i>EV</i> | |
| <i>BMO</i> | <i>100</i> | | |
| <i>Voltaren - 75 - 01mg</i> | | | |
| <i>Ceftriaxona 1g EV</i> | | | |
| <i>Dexamet 10mg EV</i> | | | |
| <i>Dipirona 1g EV</i> | | | |
| <i>ORT: DNR e pulso E</i> | | | |
| <i>Schick e pulso E APP</i> | | | |

*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.

Carimbar)

(Assinar e



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 08/08/2023 21:53:34

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2308082153346800000098667414>

Número do documento: 2308082153346800000098667414

Num. 104826014 - Pág. 19

Pág. Total - 21

RMF:

Travessia para - Protocolo

Paciente acordizado, não
respondeu ao comando verbal
presente de exame de
magalhães de alguns dias.

Segue em OPR RMF. 3/

Surgimentos outros -

Dr. Valmir Braga de Aquino
Especialista em Neurologia
CRO.PB: 3671 - CRO.RN: 5097

HOSPITAL REGIONAL DE LULA
SALA DE EXAMES
SALA DE EXAMES 2020

23/11/2020

MR 00:40h

21/11/20
SANEAMENTO
MUNICÍPIO DE LULA

Paciente acordizado, início de queda no andar,
sem controle.

No exame: G4 (AO: 3, RV: 5, RM: 6), sem déficits.
estímulo no foc.

Tonômetro não apresenta no exame
00: observados resultados.

23/11/20.

TC cranio para estudo de corpo de colar cervical.

JH TC de crânio e col cervical sem alterações.

At: Quantas
Alte de MR

Moisés Felipe
Neurocirurgião
CRM 579 RN

Dr. André Corsino
Neurocirurgião
CRM/RN 6745 e 2558





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: SEBASTIÃO FERREIRA DA SILVA

Leito: 14-12

| DATA | EVOLUÇÃO |
|------------|---|
| 25.11.2020 | Paciente admitido em UTI, com diagnóstico de pneumonia com sinais de insuficiência respiratória, hemodinâmica estável, sem sinais de sepse. Realiza ventilação mecânica com suporte respiratório. Boa evolução clínica, com melhora dos sinais vitais e redução da secreção pulmonar. Em 25/11/2020, com melhora da condição clínica, é transferido para o quarto 14-12, onde continua sob observação e tratamento. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

PRESCRIÇÃO

| Data | Prescrição | Via | ENFERMAGEM | |
|------|--------------------------------------|-----|------------|------------|
| | | | HORÁRIO | ASSINATURA |
| | 1) Dita 10 mg de furosemida | | SND | |
| | 2) SA 500 mg 1x ao dia | | 12h | |
| | 3) SA 500 mg 1x ao dia | | 22h | |
| | 4) Rofen 1g + 100mg de ASD 1x ao dia | | 10h | |
| | 5) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 6) Dexamet 2mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 7) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 8) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 9) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 10) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 11) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 12) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 13) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 14) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 15) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 16) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 17) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 18) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 19) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 20) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 21) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 22) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 23) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 24) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 25) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 26) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 27) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 28) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 29) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 30) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 31) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 32) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 33) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 34) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 35) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 36) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 37) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 38) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 39) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 40) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 41) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 42) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 43) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 44) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 45) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 46) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 47) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 48) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 49) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 50) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 51) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 52) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 53) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 54) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 55) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 56) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 57) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 58) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 59) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 60) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 61) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 62) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 63) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 64) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 65) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 66) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 67) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 68) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 69) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 70) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 71) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 72) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 73) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 74) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 75) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 76) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 77) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 78) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 79) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 80) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 81) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 82) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 83) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 84) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 85) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 86) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 87) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 88) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 89) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 90) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 91) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 92) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 93) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 94) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 95) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 96) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 97) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 98) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 99) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |
| | 100) Dexamet 4mg 1x ao dia | | 10h | |



