



Número: **0806632-24.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **24/04/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO MENDONCA DA SILVA (AUTOR)	ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46218 661	08/07/2019 18:28	<u>Petição juntada de documentos</u>	Petição
46218 795	08/07/2019 18:28	<u>2603889 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u>	Documento de Comprovação
46219 113	08/07/2019 18:28	<u>2603889 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u>	Documento de Comprovação

Petição e documentos anexos



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

Processo: 08066322420198205106

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 **ANTONIO MENDONCA 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, 27 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180255956**
Vitima: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180255956**.

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 12917717

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180255956**
Vitima: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180255956**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio Mendonça da Silva

POR PORTADOR(A) DO RG N° 206135 EXPEDIDO POR ITEPLAN EM / / E

CPF 123895404-05 CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recebedor

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebedor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Mendonça da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/stamper/colofone escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão-multiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4391-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.537-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Mossoes/RN, 02 de maio de 2018.

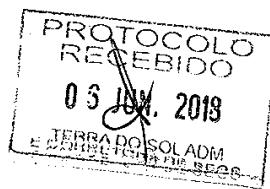
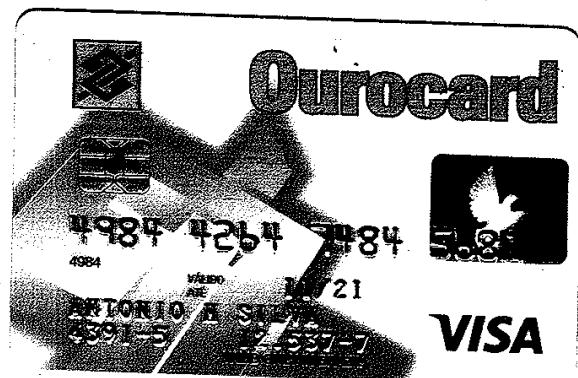
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Antônio Mendonça da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse: www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



9-9976-0269



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201807000402

1.2 Data de Expedição: 27/03/2018 10:37:56

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/03/2018 14:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: RUA CHICO LINHARES

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: SN

2.11 Ponto de Referência: PROX AO ACAPUCOS

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.12 Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nossa Social:

3.4 Pai: MIGUEL HERMINIO DA SILVA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: FRANCISCA MENDONCA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 12984540425

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionidade:

3.12 Data de Nascimento: 24/03/1949

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.14 RG: 208135 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 999760269

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1397

3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.19 Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA ZECA DORICO

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NOB6527

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.13 Nota Fiscal: 00000000000000000000000000000000

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.15 Número do condutor: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE VEIO A ESTA DELEGACIA E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO BIZ E NA GARUPA ESTAVA SUA NETA KATIA SAMARA DE MENDONÇA, QUANDO UM CÃO ATRAVESSOU A SUA FRETE E PARA NÃO ATROPELA-LO, FREOU BRUSCAMENTE E AMBOS VIERAM A CAIR AO CHÃO. O DECLARANTE DISSE QUE SUA SOBRINHA NADA SOFREU NO ACIDENTE. O DECLARANTE DISSE QUE FICOU LESIONADO E QUE FOI PARA UPA DO ALTO SÃO MANOEL POR POPULARES. O DECLARANTE RELATA QUE VINHA CONDUZINDO, GUIANDO, PILOTANDO SUA MOTO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Provvidências

REGISTRO DA OCORRÊNCIA.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

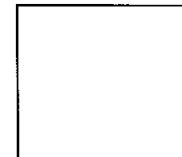
Data: 27/03/2018 10:37:56

Policial

Interessado



Polegar direito



Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 27/03/2018 10:38:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

0201807000402

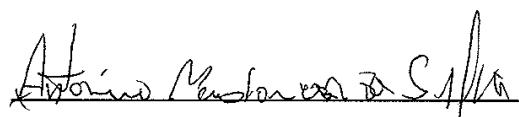
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Mendonça da Silva, portador da carteira de identidade nº 206135 e inscrito no CPF/MF sob o nº 129.845.404-25, residente e domiciliado na Rua Zeca Donizo, nº 1397, Planalto Treze de Maio, Cidade Mossoró, Estado RN, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

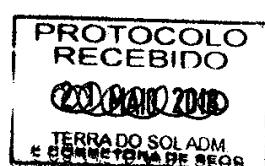
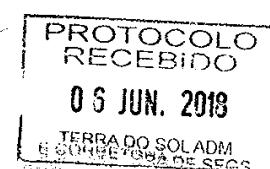
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

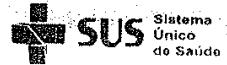
Mossoró/RN, 02/05/2018

Local e data





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCÉLOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 156086

Atendimento N°: 465882

Nome: ANTONIO MENDONCA DA SILVA		Idade: 24/03/1949 (68a 11m)	Sexo: Masculino
Cartão SUS: 708601072663982	Nome da Mae: FRANCISCA MENDONCA DA ROCHA	Profissão: APOSENTADO	
Endereço (Rua/Av): RUA ZECA DORICO		Nº: 1397	Complemento:
Barrio: PLANALTÓ TREZE DE MAIO	Cidade: (59633-190) MOSSORO/RN	Estado:	Telefone:
Clínica: PEQUENA CIRURGIA	CPF DO PACIENTE: ()	Data: 21/03/2018	Hora: 14:14
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Rubrica Servidor: KENIA	
Assinatura do Paciente:			

ACOLHIMENTO () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: *Queda de 2m de altura com lesões na mão e no joelho*

Antecedentes Alérgicos: *Nenhum*

HAS (N), DMI (S)

Assinatura: *kenia*

Classificação:

ANAMNESE:

Urgente de 2m de altura com lesões na mão e no joelho

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 150X90 F.R.: _____ Glasgow: _____

SpO2: _____ HGT: _____

PROTÓCOLO RECEBIDO

06 JUN. 2013

TERRA DO SOL ADM.
E COMPLEXO DE SEGS

EXAMES COMPLEMENTARES/SOLICITADOS:

- Laboratório: *Exames de sangue*
 Radiológico: *Exames de imagem*
 ECG: Outros: *ECG*

Hipótese do Diagnóstico:

Conduta: Medicação Observação Laudo para AIH

Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h. Alta referido para UBS Óbito

Outra Unid. Urgência Especialidade

Internação no Hospital:

CID:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

PROTÓCOLO RECEBIDO

06/06/2013

TERRA DO SOL ADM.
E COMPLEXO DE SEGS

03/14h15 min por resfriado secura Com S.F. e postiços de gina, 1
ma escoriação em mão E. goller e pei Dif. queda de moto. *Freder*

1) Vacina Anx. Jardim C

14:36

elza

2) Doxycyclina 250 mg

Doxycyclina

ABD

200 mg

14:37
Zélia Soárez de Oliveira
TAC. Enfermagem
CRF-RN 60033

SD

Dr. Cláudio de Souza Fernandes
MEDICO
CRF-RN 6554/RN

*PROTÓCOLO
EXAME
Nº 1144*



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MENDONCA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ZECA DORICO 1397

CPF: 129.845.404-25

PLANALTO TREZE DE MAIO VAREA URBANA

MOSSORO RN

59633-190

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

0467650017 03/2018

DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO

16/03/2018 06/04/2018

TOTAL (R\$) 88,33

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

003127037 UNICA 08/03/2018

APRESENTAÇÃO N° DO CLIENTE N° DA INSTALAÇÃO

08/03/2018 3000280298 557004

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

QUANTIDADE PREÇO (R\$) VALOR (R\$)

PROTOCOLO
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM.
E COMÉRCIO DE SEUS

PROTOCOLO
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM.
E COMÉRCIO DE SEUS

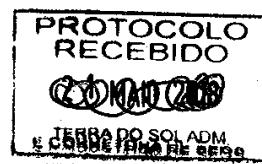
Procurador

Local de Pagamento Em qualquer banco até o vencimento				CPF/CNPJ	Agência / Clube ou Serviço
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.				18236120060158	11500 / 00019544-1
Data do Documento 01/12/2017	Nº do Documento 43706950	Exped. Doc. DM	Adscr. N	Data do Processamento 01/12/2017	Notas Numeros / Cód. do Documento A3706950-8
Uso do Boleto	Carteira 01	Esposa/Mae R\$	Cuantidade Dóvida	Vizor: Dóvida	<input checked="" type="checkbox"/> Valor da Dívida/Variação <input type="checkbox"/> Desconto / Abatimento 0,00 <input type="checkbox"/> Quota Dedigem 0,00 <input type="checkbox"/> Meio / Meia 0,00 <input type="checkbox"/> Custo Acessórios 0,00 <input type="checkbox"/> Valor Cobrado 0,00
Instruções Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					
Pagador Aldenor Nunes de Oliveira Neto Rua Manoel Veras 49 59619530 - Abolição - Mossoró RN					
Número de Boleto 05414980454					

FICHA DE COMPENSAÇÃO

268

PROTÓCOLO
RECEBIDO
06 JUN. 2018
TERRA DO SOLADM
E CONSELHO FEDERATIVO DE SEGS.





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Aldenor Nunes de Oliveira Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.149.804-54, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Antônio Mendonça da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN. 2019

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 Monjolli Venz</u>	Número <u>49</u>	Complemento
Bairro <u>Abolição II</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>
Email <u>aldenor.neto.90@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>1841928893744</u>	Telefone celular (DDD)

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.
Local e Data

Aldenor Nunes de Oliveira Neto

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

PROTOCOLO
RECEBIDO

201906051018

TERRA DO SOL ADM
E COMERCIO E SEGS



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



SUS Sistema Único de Saúde

FECHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 156086

Atendimento N°: 465882

Nome: ANTONIO MENDONCA DA SILVA	Idade: 24/03/1949 (68a 11m)	Sexo: Masculino
Cartão SUS: 708601072663982	Nome da Mae: FRANCISCA MENDONCA DA ROCHA	Profissão: APOSENTADO
Endereço (Rua/Av): RUA ZECA DORICO	Nº: 1397	Complemento:
Barrio: PLANALTO TREZE DE MAIO	Cidade: (59633-190) MOSSORO/RN	Estado:
Clínica: PEQUENA CIRURGIA	CPF DO PACIENTE: ()	Data: 21/03/2018 Hora: 14:14
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO	Rubrica Servidor: KENIA	
Assinatura do Paciente:		

Acolhimento () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: *Mal de cabeça*
Antecedentes Alérgicos: *Alérgico*

HAS () DMI ()

Assinatura: *kenia*

Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO:	Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: <u>150X90</u> F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HGT: _____	
PROTOCOLO RECEBIDO	
05 JUN. 2018	
TERRA DO SOLADM E CORRETORA DE SEGS	

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

- () Laboratório: *Exame de sangue*
() Radiológico: *Exame de raio X*
() ECG: () Outros: *Exame de ECG*

Hipótese do Diagnóstico: *Infarto*

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora _____ / _____ , às _____ : _____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

PROTOCOLO RECEBIDO

05/03/2018
TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGS

Is 14h15 min por realizadas enemira com S.F. e postos de gás, 1
bra leviçõeis em mow E. galhos e pei Day quando de mto Perd

11/11/2018 10:45 AM (EST) *Amelia Jane C*

1h:36

Eliza

2) Doxenbach, 281

D. J. Thompson

ABD

20785
100
M. 87
Eliá Soárez de Oliveira
Téc. Enfermagem
0001100033

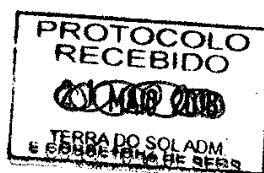
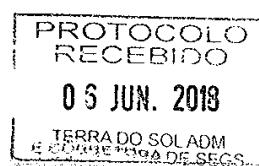
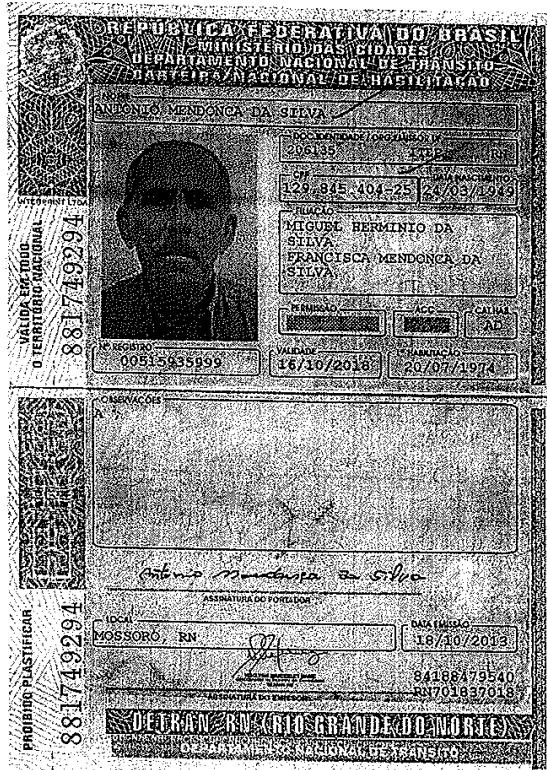
111-37
a Soárez de Oliveira
110. Enfermagem

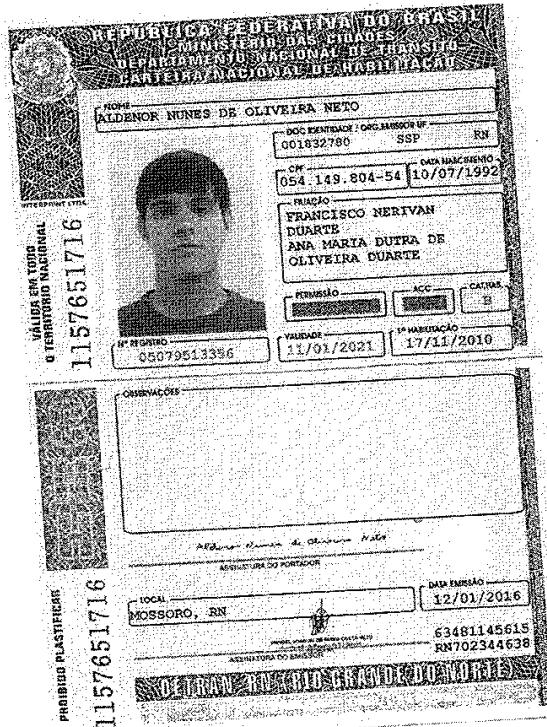
Dr. Cândido de Souza Fernandes
Médico
CRM- 65641 RN

1900

卷之三

◎ 俗文化研究





PROTÓCOLO
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM
R. GOIABA 2679 A DE SEGO

PROTÓCOLO
RECEBIDO

06 JUN. 2018

TERRA DO SOL ADM
R. GOIABA 2679 A DE SEGO

PROTÓCOLO
RECEBIDO
06 JUN. 2018
TERRA DO SOL ADM.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
00000000
TERRA DO SOL ADM.
E CONCEPÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180255956 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E PÉ DIREITO+MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLÍNICO+ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

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 %

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

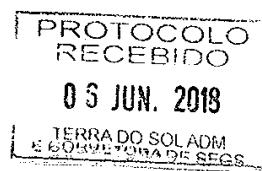
Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

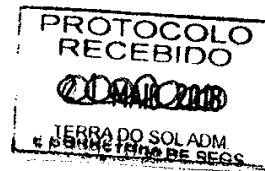
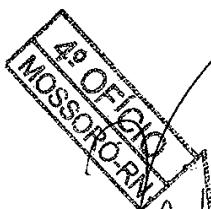
OUTORGANTE: Antônio Mendonça da Silva,
brasileiro, casado, apresentado
portador(a) do RG nº 206135, inscrito(a) no CPF sob o número
129.845.404-25, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.
Rua Zeca Donico, nº 1397, Planoalto Treze de Maio,
Mossoró/RN CEP 59.633-190.

OUTORGADO: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número 054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro, Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

PODERES: O Outorgante 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, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.



Mossoró/RN, 27 de MAYO de 2018.



Antônio Mendonça da Silva
OUTORGANTE

