



Número: **0812837-35.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO FRANCO DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60314 650	18/09/2020 10:03	<a href="#">2751762_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO FRANCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000008146-3

---

---

Nr. da Autenticação 916C68051BFB5A55



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200109937 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA DIREITA. (P2)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200109937 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA DIREITA. (P2)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**WOLFF**

Sua melhor escolha

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 12x de R\$ 1.000,00  
CUSTO TOTAL: R\$ 12.000,00  
CUSTO MENSAL: R\$ 1.000,00  
CUSTO ANUAL: R\$ 12.000,00

**DADOS DO CLIENTE**

RAMONIO FERREIRA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA CRISTINA BOMES PAULINO 415

**CNPJ: 18.247.004-15**

**CPF: 18.247.004-15**

**CLASSIFICAÇÃO**

**BT: 18.247.004-15**

**RESIDUAL**

**DATA DE EMISSÃO: 18/09/2020**

**DATA DE VENCIMENTO: 18/10/2020**

**DATA DE PAGAMENTO: 18/10/2020**

**DATA DE RECEBIMENTO: 18/10/2020**

**VALOR TOTAL: 155,02**

QUANTIDADE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
182,000000	0,8588789	155,31
		1,00
		7,28
		12,39
		2,87
		0,04

Consumo: 182,000000  
Consumo: 182,000000  
Consumo: 182,000000  
Consumo: 182,000000  
Consumo: 182,000000  
Consumo: 182,000000

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FORTIFICAÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
21512000	0,0	18-09-2019	0,0000	05-10-2019	0,0000	18-09-2019	0,0000	05-10-2019	0,0000

TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000

8006 EDS ( 8148 SCSA 2150 (mã 0550 C070

TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000

TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMO
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradordalider.com.br](http://www.seguradordalider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-12345 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-84-80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Centro de Ouvidoria: 0800-011-91-35

### 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/DOCUMENTAL/ASXPTIPO=100001000-23038>

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

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

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF: ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.305/96.

Pelo exposto, eu Alcimar Galdino de Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.236.604, 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Flavio Franco da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 063.630.844 - 93

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flavio Franco da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 063.630.844, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 Cristina Gomes Paulina</u>	Número: <u>405</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Dom Jaime Gama</u>	Cidade: <u>Monoré</u>	Estado: <u>RN</u>
CEP: <u>59621-825</u>	Tel (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>	
E-mail: <u>Não possui</u>		

Local e Data: Monoré - RN 17/12/19

Alcimar Galdino de Lima

Assinatura do Declarante

DL000003 0001/2019



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074>

Número do documento: 20091810032225900000057877074



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67505 /2019

Admissão: 27/11/2019 13:40:24



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 53474 - FLAVIO FRANCO DA SILVA (36 a 21 d)

Nascimento: 06/11/1983

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705701457687630

CPF: 06361084493

Prof:

Mãe: MARIA CREUSA FERREIRA DA SILVA

Pai: RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

Logradouro: CORONEL SOLON ANDRADE, 205

CEP: 59628590

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96235680

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:  
27/11/2019 13:36:38

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		19	135			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: queda DE MOTO/ COM FERIMENTO EM JOELHO

Hora: 13:45

Paciente vítima de queda de moto há 45 min, em via de escape.

Não sincope, vômitos, letargia, náuseas. Taquicárdico no momento.

A = Vias aéreas: permeáveis. Sem hipoventilação.

B = M.O. + pes. bilaterais, mente, sensíveis e deprimidos subcutâneos.

C = Estômago: não distendido, sem. sat. O2: 99%. Fc: 123. Pulso: estável, abdômen sem alterações.

D = Glândulas: 15, linfonodos axilares e epitrocleares.

E = Pele, edemas mínimos, turgor e movimento em seguimento de joelhos.

Diagn. Inicial: Traumatismo

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

C.D. Sólido Rx de joelho

Solicito avaliação de alta médica.

Alto da cirurgia geral

Volante de

Prescrição de Rx de joelho

Falso falso

Dr. Raimundo Roberto de Oliveira  
Cirurgião Geral  
CRM 2534

15:00

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

CID

Proc.

Data:

/

/19.

Hr:

:

Médico:

\*Gerado via SX por NEY ROBERTO COSTA LEANDRO. Impresso em 27 de Novembro de 2019.

Carimbar

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

MAIA MOSSORÓ 27/11/19

Dr. Raimundo Roberto de Oliveira

MAIA / ARQUIVO

MAIA. 150345-0



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074

Número do documento: 20091810032225900000057877074

favosites 14:36 27-11-19

rapports de accidents de route.

Bitte lesen Sie mir zu folgendes (P)

Pe com profunde patela desvulso

responsible to Congress.

Ch. pelo preto + alto + no PSM R

Apparente de l'opus

RECEIVED  
JAN 10 1965  
U.S. DEPT. OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D.C. 20535

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 09/12/19  
A. Vanderlei P. Gomes  
SAME ARQUIVO  
MFL - 150.348-6





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN 1122 / 0091918 014244429731  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VEICULO: COD. DENAVAM: 0053345901 RN REC: 1018  
 NOME: NOME

PLACA ANT. DE: PLACA

VEICULO: COD. DENAVAM: 0053345901 RN REC: 1018  
 NOME: NOME

PLACA ANT. DE: PLACA  
 NOME: NOME

ESPECIE VEC: COMBUSTIVEL:

PARA: MARCA/MODELO: ANO/FAB: ANO/MOD:

DESCRIÇÃO: 125 ATMAN 1987 1988

QAR/POTIG: CATEGORIA: COM FREIO/DIRIGIR:

QCV/124 CILINDRADA: 1200

DOTAÇÃO: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTAS:

1 19 0.00 10/02/2019 1 19000

2 19 0.00 10/02/2019 2 19000

3 19 0.00 10/02/2019 3 19000

PREMIO TARIFARIO (R\$): OF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE EMISSÃO:

\*\*\* DADOS DETRAN: RAR: NVTAT: 1400

COMENTÁRIOS:

MO/001/00258-10/08238

MOSSORO/RN

DATA: 15/02/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

DATA: 18/09/2020 10:03:22

URL: https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074

NÚMERO DO DOCUMENTO: 20091810032225900000057877074

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

RN Nº 014244429731 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 28/12/2019

VEICULO: COD. DENAVAM: 0053345901 RN REC: 1018  
 NOME: NOME

PLACA ANT. DE: PLACA

VEICULO: COD. DENAVAM: 0053345901 RN REC: 1018  
 NOME: NOME

PLACA ANT. DE: PLACA  
 NOME: NOME

ESPECIE VEC: COMBUSTIVEL:

PARA: MARCA/MODELO: ANO/FAB: ANO/MOD:

DESCRIÇÃO: 125 ATMAN 1987 1988

QAR/POTIG: CATEGORIA: COM FREIO/DIRIGIR:

QCV/124 CILINDRADA: 1200

DOTAÇÃO: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTAS:

1 19 0.00 10/02/2019 1 19000

2 19 0.00 10/02/2019 2 19000

3 19 0.00 10/02/2019 3 19000

PREMIO TARIFARIO (R\$): OF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE EMISSÃO:

\*\*\* DADOS DETRAN: RAR: NVTAT: 1400

COMENTÁRIOS:

MO/001/00258-10/08238

MOSSORO/RN

DATA: 15/02/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

DATA: 18/09/2020 10:03:22

URL: https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074

NÚMERO DO DOCUMENTO: 20091810032225900000057877074

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ: 09.345.665/0001-04



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: FLAVIO FRANCO DA SILVA, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: SEVENTE, Data do Acidente 27/11/19  
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 002528432, órgão expedidor  
IPP e do CPF: 063-610-844-93 residente no(a)  
RUA: CRISTINA GOMES PAULINO nº 405  
bairro: DOM JOAQUIM CANANA, município: Monóvia / PA

**OUTORGADO:**

Nome: ALCIMANA BALDINO DE LIRA, brasileiro(a)  
estado civil: SOLTEIRA Profissão: AXILIAR FINANCEIRO portador(a) do RG  
002.418.724, órgão expedidor SPD e do CPF: 090.238.604-12, residente  
no(a) RUA CRISTINA GOMES PAULINO nº 405  
bairro: DON JAIMÉ CAMARA, município: NOVA Friburgo / RJ

**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 **DPVAT**, 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.**

## Local e Data

**Assinatura do Outorgante**  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087153/20

**Vítima:** FLAVIO FRANCO DA SILVA

**Data do acidente:** 27/11/2019

**CPF:** 063.610.844-93

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FLAVIO FRANCO DA SILVA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALCIMARA GALDINO DE LIRA : 090.236.604-12

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

#### FLAVIO FRANCO DA SILVA : 063.610.844-93

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](http://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: 10/03/2020  
Nome: ALCIMARA GALDINO DE LIRA  
CPF: 090.236.604-12

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

ALCIMARA GALDINO DE LIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109937

Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIMARA GALDINO DE LIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FLAVIO FRANCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15605595





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109937

Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIMARA GALDINO DE LIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FLAVIO FRANCO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000008146-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 063630824-93 4 - Nome completo da vítima: Flavio Franco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUCEP Nº 143/2012

5 - Nome completo: Flavio Franco da Silva 6 - CPF: 063630824-93  
7 - Profissão: Servente 8 - Endereço: Rua Cristina Gomes Paulina 9 - Número: 405 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Dom Jaime Camara 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59628-825  
15 - E-mail: Não 16 - Telefone: (84) 99927-0066

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\$1,00 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 citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 2380 CONTA: 8146 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 estou apresentando ao apurador a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica de renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da mesma.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Causa do falecimento com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (bairros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/gravos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 - 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)

38 - 39 - Nome: CPF:  
Assinatura de testemunha  
39 - 40 - Nome: CPF:  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró - RN 31/03/2019  
X FLAVIO FRANCO DA SILVA  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de frente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

EPS.001 V002/01/19





AUTOATENDIMENTO - AO TERRA DO SAL RN  
DATA: 28/12/2019 HORA: 09:46:24  
TERMINAL: 30041023 CONTROLE: 300410230124

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2380 013.00006146-3  
NOME: FLAVIO FRANCO DA SILVA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 0,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-8618

NÚMERO DO ENVELOPE: 368615675

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0181  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 068171/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2019 14:08 Data/Hora Fim: 11/12/2019 14:40  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/11/2019 12:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: BR-110, Av. Presidente Francisco Mota

Bairro: Alto de São Manoel  
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FLAVIO FRANCO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 06/11/1983  
Profissão: Servente de Obras  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: MARIA CREUSA FERREIRA DA SILVA Nome do Pai: RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 063.810.844-93  
RG - Carteira de Identidade: 002528432

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: CRISTINA GOMES PAULINO Nº: 405  
Bairro: DOM JAIME CAMARA CEP: 59.626-825

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Veículo tipo Automóvel	CPF/CNPJ do Proprietário 063.810.844-93
Placa MXN0062	Renavam 00691345902
Número do Motor JC25E-W078238	Número do Chassi 9C2JC250WVR078238
Ano/Modelo Fabricação 1998/1997	Número da Carroceria 0
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Veículo Aduiterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/07/2015	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
FLAVIO FRANCO DA SILVA	Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre  
Data de Impressão: 11/12/2019 14:40  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 068171/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante/vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que conduzia o veículo já descriminado, quando de repente o cabo do acelerador da motocicleta enganchou, ocasião em que o comunicante perdeu o controle e caiu da referida motocicleta, cujo a queda lhe acarretou lesões corporais, conforme consta no boletim de atendimento Nº 67505/2019 do HRTM, e avarias (danos) em seu automóvel; QUE: ainda relata ter sido socorrido pela Samu/Mossoró-RN até o HRTM; QUE: registra este BO para fins da Seguro DPVAT. E nada mais disse.

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre

Agente de Polícia  
Matrícula 170.249-f

Responsável pelo Atendimento

FLAVIO FRANCO DA SILVA

(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins da lei que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Conhecimento do Código Penal Brasileiro.\*

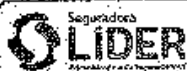


Delegado de Polícia: Luiz Fernando Sávio de Elzezer Pinto  
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre  
Data de Impressão: 11/12/2019 14:40  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> ACIDENTE
2 - Nº do registro no ASI:		3 - CPF da vítima: 063.630.844-93	4 - Nome completo da vítima: Flavio Franco da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 455/2012				
5 - Nome completo: Flavio Franco da Silva				
7 - Profissão: Servente		8 - Endereço: Rua Cristina Gomes Paulino		9 - Número: 405
11 - Bairro: Dom Jaime Camara		12 - Cidade: Mossoró		13 - Estado: RN
15 - E-mail: Não		14 - CEP: 59.628-825		
16 - Telefone: (54) 99121-0066				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00				
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e leve o cheque)				
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)				
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 03380 CONTA: 8146				
AGÊNCIA: CONTA:				
Autentica e Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconheço e declaro, 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				
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou comprometido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.074/73), 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.				
Solicito o prosseguimento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúva				
24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
27 - Se a vítima deixou conhecidos, informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
29 - Se vítima filhos, informar Vivos: Falecidos:				
30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
32 - Se vítima irmãos, informar Vivos: Falecidos:				
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 o pedido (a ruça)				
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruça)				
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ruça)				
38 - 39 - Monto: CPF:				
Assinatura do testemunha				
39 - 40 - Nome: CPF:				
Assinatura do testemunha				
40 - Local e Data: Mossoró - RN 31/12/19				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): FLAVIO FRANCO DA SILVA				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

FPB.002-V002/2019



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

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

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 714**

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FLAVIO FRANCO DA SILVA, 36 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Queda de Moto

**Data da Ocorrência:** 27/11/2019

**Local da ocorrência:** BR-110 Avenida: Francisco Mota, Costa e Silva em frente ao Restaurante Tenda.

**Viatura:** Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

**Hora do Chamado:** 13h 02min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima foi submetida à 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: **Alcimara Galdino de Lira, 27 anos**, portador de **RG: 002.418.724.**  
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADMINISTRATIVA  
MATRÍCULA 58682-1

**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

D. Dixon Fradik Medeiros Lima  
Diretor / SAMU  
Matrícula 405418-2  
MATRÍCULA 405418-2

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

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

