

---

**Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200111547**

**Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO**

**Data do Acidente: 10/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA LUCIA DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL MARTINS BORGES FILHO**

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

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111547

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUCIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL MARTINS BORGES FILHO

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000035326-3

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 242.745.264-53 4 - Nome completo da vítima: Manoel Martins Borges Filho

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

5 - Nome completo: Manoel Martins Borges Filho 6 - CPF: 242.745.264-53  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Tres Maria 9 - Número: 69 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Tres Marias 12 - Cidade: Gov. Dix-sept Rosado 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59290-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 9168 5813

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 35326 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 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 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 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 da análise do 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 presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou descendente (filho(a) ou neto(a)): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UNIAO ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

325-780361842-2

21/NOV/2019

HORA DE 14:29:31

LOT: 17.013951-4

TERM: 004690

LOCALIDADE: MOSSORO

AG. VINCULADA: 3064

CONTROLE: 763360413

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO

3064 013 00035326-3

MANOEL MARTINS BORGES F

VALOR

:

550,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

325-780361842-2

1 VIA



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

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

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 642**

Mossoró, 06 de Novembro de 2019.

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **MANOEL MARTINS BORGES FILHO, 58 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

**Data da Ocorrência:** 10/10/2019

**Local da ocorrência:** BR-405/KM-34 (Estrada de Governador Dix Sept Rosado no Sítio Três Marias)

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 01

**Hora do Chamado:** 18h 06 min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Maria Veriana da Silva Borges, 47 anos, portador de RG: 001.491.009.**

Estamos à disposição para mais informações.

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

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

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA  
DIRETOR GERAL / SAMU  
MAT. 405418-3  
CRM 1997

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

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaracao de Inexistencia de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

# 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: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000035326-3

---

Nr. da Autenticação 9F81E4B7241C1A00



**COSERN**

Tarefa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL**

Companhia Energética de São Grande do Norte  
 Rua Manoel, 155 - Bairro, Natal - RN - CEP 50225-250  
 CNPJ 08.224.100/0001-81 | Ins. Est. 2055199-0 | Site: cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

VILCHIO MENDES 89

CPF: 242.745.254-03 INSC: 10818564595

**CLASSIFICAÇÃO**

BT RESIDENCIAL  
 BARRA RETENÇÃO CONTRA

**TRÊS MAR/EMPRESA RURAL**  
 GOVERNADORINA SEPT ROSADO RN  
 58790-000

**CONTA CORRENTE**

0803235015 - 10/2018

05/11/2019 - 28/11/2019

111,13

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| QUANTIDADE | PREÇO UNIT | VALOR (R\$) |
|------------|------------|-------------|
| 30.000000  | 1.2272672  | 36,82       |
| 15.000000  | 0.2526500  | 3,79        |
| 105.000000 | 0.5554000  | 58,52       |
|            |            | 2,51        |
|            |            | 0,28        |
|            |            | 7,09        |
|            |            | 9,01        |

Consumo Ativo até 20 kWh  
 Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh  
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
 Acréscimo Bandeira AMARELA  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA  
 Contrib. Rum. Pública Municipal  
 ICMS-Parcela Subvenção

**TOTAL DA FATURA**

111,13

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| MÊS DE INÍCIO | TIPO DE FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | MÊS DE CONSUMO | VALOR    | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|----------------|----------|---------------|
|               |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |                |          |               |
| 11/2018       | Ca1            | 29-02-2018 | 21.141,21 | 28-10-2018 | 22.021,30 | 11             | 1.000,00 | 00,00         |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Consumo Ativo até 20 kWh: 36,82  
 Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh: 3,79  
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 58,52  
 Acréscimo Bandeira AMARELA: 2,51  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA: 0,28  
 Contrib. Rum. Pública Municipal: 7,09  
 ICMS-Parcela Subvenção: 9,01



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECUSAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.13/98

Pelo exposto, eu Maria Lúcia da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.927.714 - 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Fernandes de Lima Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 019.925.244/08

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida de da vítima Francisco Fernandes de Lima Filho

Inscrito (a) no CPF sob o nº 019.925.244/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Jaguar</u> |                        | Número: <u>310</u> | Complemento: _____    |
| Bairro: <u>Santa Julia</u>  | Cidade: <u>Mossoró</u> | Estado: <u>RN</u>  | CEP: <u>59640-278</u> |
| E-mail: _____               |                        | Tel. (DDD): _____  |                       |

Local e Data: Mossoró, RN 20/03/2020

Maria Lúcia da Silva  
Assinatura do Declarante

**Idade:** 23 anos

**Sexo:** masculino

**Estado Civil:** casado

**Endereço:** Aeroporto 2, R- Alexandre Gomes

**Contato:** 9 9839-3070 (whatsapp)



**Escolaridade:**

Ensino Médio (completo) – Conclusão: 2014

**Experiências:**

Pizzaiolo e Sushiman (ocupação atual) – contratação: 05/2018

**Qualidades:**

Boa comunicação; Interatividade; Trabalho em grupo; Iniciativa; Foco;

**Objetivos:**

Estabelecer bom relacionamento interpessoal; contribuir efetivamente para desenvolvimento próprio e da empresa; estabelecer plano de carreira.

Mossoró - RN



**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

**Paciente:** 50847 - MANOEL MARTINS BORGES FILHO (58 a 6 m 30 d)  
**Nascimento:** 11/03/1961 **Natural:** GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL **Sexo:** M **Cor:** PARDA  
**CNS:** 700002844757000 **CPF:** 24274526453 **Prof:**  
**Mãe:** ALZIRA BARBOSA BORGES **Pai:** MANOEL MARTINS BORGES  
**Logradouro:** SÍTIO TRES MARIA, 69 **Cidade:** GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO  
**CEP:** 59790000 **Bairro:** ZONA RURAL

Telefone: 84.91685813

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): COLISÃO - MOTOQUEIRO  
**Origem:** SAMU RN

**Tipo:** REGULADO  
**\*Empresa:**

| OBS: Trazido pelo SAMU |        |     |       |      |      | Classificação:      |       | PESO:   |     |
|------------------------|--------|-----|-------|------|------|---------------------|-------|---------|-----|
|                        |        |     |       |      |      | 10/10/2019 19:04:32 |       |         |     |
| HORA                   | P.A.   | HGT | SatO2 | FI02 | F.R. | F.C.                | TEMP. | Glasgow | RTS |
| 19:15                  | 110/80 |     | 98    |      |      |                     |       |         |     |

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

**Queixas:** Pte vítima de colisão carro-moto apresenta fratura exposta em MID e escoriações diversas.

**Hora:** 19:15

PACIENTE DEU ENTRADA PELA SAMU, EM PROTOCOLO, COM HISTÓRIA DE COLISÃO CARRO-MOTO, SEM CAPACETE, HÁ 30 MINUTOS, NEGA FLEMATID, VÔMITOS OU NÁUSEAS.

A - VIA AÉREA PERVA, SEM COMISSÃO

B - EXPANSIBILIDADE NORMAL, MVX

C - HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

D - ARBORE 15, PUPILAS ISOCÓMICAS E POTO-REFLEXOS

E - FRATURA EXPUSTA EM PLANO DIREITO, ABRASÃO E GDEMA EM DORSO DE QUADRIL, GDEMA EM FOLTEIRA DE NDO E. GDEMA E CORPO CONTUSO EM CABEÇA SUPERIOR, ABRASÃO E GDEMA EM REGIÃO FRONTAL.

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes  
 Cirurgião Geral - Especialista em Cirurgia  
 CRM 13114

**Diagn. Inicial:**

| PRESCRIÇÃO:                                    | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|------------------------------------------------|-----|---------|---------|
| 0 SOLICITO RADIOLÓGIA DE ANO E, PLANO D' E MÃO |     |         |         |
| 0 SOLICITO RADIOLÓGIA: NOVA RADIOLÓGIA         |     |         |         |
| BULONAGICO                                     |     |         |         |
| ORTOPEDIA                                      |     |         |         |
| Alto a cl. Cirúrgica                           |     |         |         |
| HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA                |     |         |         |
| ESTA CONFORME O ORIGINAL                       |     |         |         |
| SANE MOSSORÓ 03/11/2019                        |     |         |         |
| SANE / ARQUIVO                                 |     |         |         |

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes  
 Cirurgião Geral - Especialista em Cirurgia  
 CRM 13114

\*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 10 de Outubro de 2019.

Dr. Antonio Nogueira de A. Neto  
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
 CRM 13114





## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante, \_\_\_\_\_, brasileiro,

\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, e no RG de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) no(a) na Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, nomeia e outorga poderes ao,

Outorgados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, com OAB/RN nº 7469; podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, Mossoro-RN, aos quais confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COM AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, JUNTO A COMARCA DE \_\_\_\_\_/RN, podendo os outorgados, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, podendo ajuizar qualquer outro remédio jurídico competente, junto a jurisdição precisa, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Outorgante: \_\_\_\_\_

\* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

E, por ser verdade firmo este termo e instrumento procuratório, a rogo, em nome do Sr.(a) \_\_\_\_\_, confirmando a outorga para fins DE AJUIZAR AÇÃO DPVAT, neste ato e nesta data, na presença de duas testemunhas, para que gere todos os efeitos legais. \_\_\_\_\_/RN, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome e assinatura do representante que assinará a rogo pelo analfabeto, deficiente visual ou portador de deficiência física que o impede de assinar.

Testemunhas:

1º NOME, \_\_\_\_\_, CPF- \_\_\_\_\_, residente a Rua \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_

2º NOME \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_-RN.

Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MANOEL MARTINS BORGES FILHO (B - 5340/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

210053

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002844757000

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/03/1961

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ALZIRA BARBOSA BORGES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO TRES MARIA, 69 / - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

240430

18 - UF

RN

19 - CEP

59790000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão no membro inferior direito, com fratura múltipla, com dor intensa, com edema, com hematomas, com feridas abertas, com sangramento ativo.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Gravidade da lesão.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e radiológico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10  
PRINCIPAL  
I02.3

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO  
S82.8

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.  
V49.9

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

308010019/04080505

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/10/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Antonio Pinheiro de Almeida Neto  
CRM 13186183472

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SOME MOSCORA 04/11/2019  
BIA

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - ASSIN. E CARIMBO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARCOS MO BORGES FILHO Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: FX EXPOSTA - TÍBIA DIR G.D.

Indicação terapêutica: LIQUIDAR CISTAS + FIRMAR EXTENSÃO

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: ROEL

1º Auxiliar: PINHEIRO

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: AM

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

( ) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

1) PT DIR, SOB ANESTESIA

2) ASSESSÃO, DRENAGEM E CISTAS

3) LIGADURA DE FCC EM PLANO DIREITO

4) FIRMAR + FIRMAR EXTENSÃO UNILAT

5) UNILAT + UNILAT

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
DATA 10/03/2019

SANAR ARQUIVO

Diego Ariel de Lima  
CRM-PA 7406  
RQE - 2004  
TEST - 15457



HOSPITAL

WILSON ROSADO

RUA DR. JOÃO MARCELINO, 429, CEP 59611-200 TELEFONE: (84)3318-9000

**ATESTADO**

P/ Manoel Martins Borges Filho

Paciente submetida a tratamento ortopédico em 25/10/2019, evoluiu bem, recebendo alta em 26/10/19 e necessita de 30 (trinta) dias de afastamento, a contar de: 26/10/19.

Mossoró, 26/10/2019

Cid.: S822

*Eduardo de S. M. R.*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 52081 - ROR

Prontuário: 210053



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente MANOEL MARTINS BORGES FILHO (Fia: 5340/2019), CPF:24274526453.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 10 de Outubro de 2019.

Marica Lucina da Silva  
Paciente ou responsável

UNIDADE DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 30/10/19

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA

30/10/19

Rafaela

Assinatura

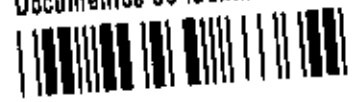
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

04/11/2019

BIM

SAME / ARQUIVO



**CARTÃO DE IDENTIDADE**

*Handwritten signature*

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL**  
**INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II**

**DIÁRIO**

**INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**001.260.115** **16/10/2019**

**RANDEL ESTILIS ROZES FILHO**

**RANDEL ESTILIS ROZES**  
**ALINA ESTILIS ROZES**

**CCV 21X-DEPT-RECEB 60** **11/03/1981**

**CERT. DE CASAMENTO L-7 F-101 RE-024**

**CCV 21X-DEPT-RECEB DE UNICO CERTIFICADO**

**001.745.124-53**

**Assinatura do Diretor** **2a. Via**

**LEI Nº 7.716 DE 29/06/83**



# TRABALHADOR

Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o trabalhador em qualquer emprego ou atividade.

Devem ser registrados todos os dados pessoais do trabalhador, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a previdência social e demais benefícios sociais, garantindo ainda, sua habilitação para o emprego e ao fundo de tempo de serviço - FCTs.

O conteúdo de anotações contido neste documento é de caráter de conservação, não alterando a qualificação e as atividades exercidas pelo trabalhador.

A sua importância e seu dever protegê-la e mantê-la, assim como o registro de sua vida pessoal e a guarda da preservação e validade dos direitos como trabalhador e cidadão, para a segurança social, no caso de seus direitos, tendo validade também, como documento de identificação.

EXERCIDA COM RECURSOS DO  
FUNDOS DE APOIO AO TRABALHADOR

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS E RELAÇÕES DE EMPREGO

## CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF: 129.56763.64-6

129.56763.64-6

1944999

002-0

RN

Maria Lúcia da Silva

APRESENTAÇÃO

RECEBIDA



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

### BRASILEIRO

CPF: 129.56763.64-6

CPF: 129.56763.64-6

NOME: MARIA LÚCIA DA SILVA

LOC. DE NASC.: JUCURETU - RN

MUNICÍPIO: LUIZ GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

MARIA APARECIDA DA SILVA

DOC. PRESENTADO: RG 1944999 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1944

Nº 1944999

LOCAL DE EMISSÃO: CENTRO DO CIDADÃO DE ARAUJO

DISTrito: 20000000

Assinatura: D. S. S. S.

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

Formulário de alteração de identidade com campos para dados pessoais, data, e assinatura.

**Idade:** 23 anos

**Sexo:** masculino

**Estado Civil:** casado

**Endereço:** Aeroporto 2, R- Alexandre Gomes

**Contato:** 9 9839-3070 (whatsapp)



**Escolaridade:**

Ensino Médio (completo) – Conclusão: 2014

**Experiências:**

Pizzaiolo e Sushiman (ocupação atual) – contratação: 05/2018

**Qualidades:**

Boa comunicação; Interatividade; Trabalho em grupo; Iniciativa; Foco;

**Objetivos:**

Estabelecer bom relacionamento interpessoal; contribuir efetivamente para desenvolvimento próprio e da empresa; estabelecer plano de carreira.

**Mossoró - RN**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013971896110

VIA 1 Cód. RENAVAM 0120762/2007 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

NOME  
GLEISON DA SILVA BORGES

CPF/CNPJ  
061.173.214-06

PLACA  
222731

PLACA ANT / UF  
23L3991 / RN

CHASSI  
SC20B0100ER430522

ESPÉCIE

COMBUSTÍVEL

CATEGORIA  
COT. PRD. ÚNICA

COTA ÚNICA  
R\$ 0,00

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
R\$ 0,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
R\$ 0,00

DATA DE LICENCIAMENTO  
01/01/2008

DATA DE EXPIRAÇÃO  
31/12/2008

DATA DE EMISSÃO  
01/01/2008

DATA DE VENCIMENTO  
31/12/2008

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013971896110 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2010

COPIE O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA TIRAR INFORMAÇÕES, LEIA NO VENCIMENTO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 01/01/2008

VIA 1 Cód. RENAVAM 0120762/2007 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

NOME GLEISON DA SILVA BORGES

CPF/CNPJ 061.173.214-06

PLACA 222731

PLACA ANT / UF 23L3991 / RN

CHASSI SC20B0100ER430522

ESPÉCIE

COMBUSTÍVEL

CATEGORIA

COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TOTAL

DATA DE LICENCIAMENTO

DATA DE EXPIRAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 07.000.000/0001-04



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111547 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL MARTINS BORGES FILHO **Data do acidente:** 10/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA. P6

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P6  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088438/20

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

CPF: 242.745.264-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: MANOEL MARTINS  
BORGES FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## 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

Outros



MARIA LUCIA DA SILVA : 012.927.714-29

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

MANOEL MARTINS BORGES FILHO : 242.745.264-53

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

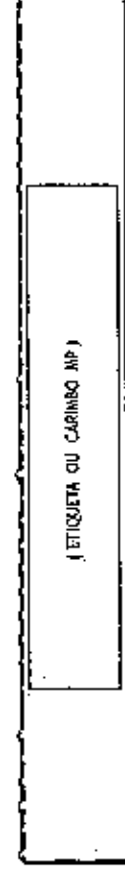
Data da apresentação: 11/03/2020  
Nome: MANOEL MARTINS BORGES FILHO  
CPF: 242.745.264-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





|            |  |                     |       |           |
|------------|--|---------------------|-------|-----------|
| Correios   |  | REGISTRADO URGENTE  | 0,123 | PESO (kg) |
|            |  | registered priority |       | weight    |
| Recebedor  |  |                     | AR    | IMP       |
| Assinatura |  | Doc.                |       |           |

750010



SEGURADORA LIDER

RUA: DA ASSEMBLEIA, 100, 21º ANDAR, CENTRO  
CEP: 20011-904, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL



PROCURAÇÃO

Otorgante:

Manoel Martins Borges Filho brasileiro (a), estado civil Casado  
profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Vi Chico Mendes  
Nº 69, Bairro Tres Marias, Município de Governador Dix Seixas  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.490.000  
portador(a) do RG nº 001.260.269 SSP/ RN e CPF nº 042.742.264-59

Otorgado:

Maria Luciana da Silva brasileiro(a), estado civil Solteira  
profissão Auxiliar, residente e domiciliado à Rua Vi Chico Mendes  
Nº 69, Bairro Tres Marias, Município de Governador Dix Seixas  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.490.000  
portador(a) do RG nº 1640247 SSP/ RN e CPF nº 042.927.734-29

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura invalidez, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Manoel Martins Borges Filho ocorrido em 20/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

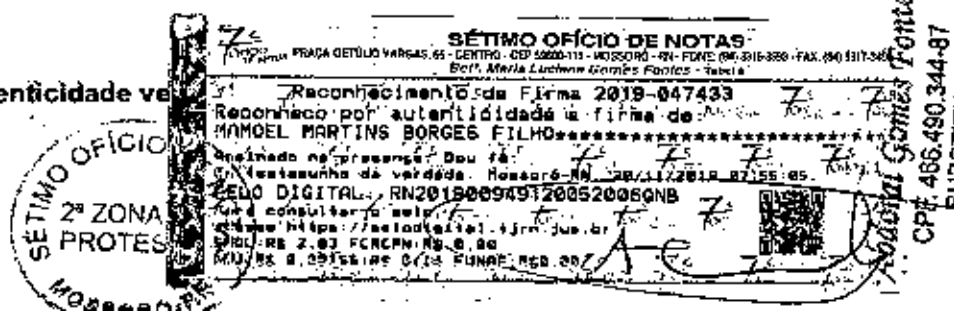
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

MOSSORO RN 20 de NOVEMBRO de 2019

\*Manoel Martins Borges Filho  
Outorgante

CPF Nº 042.742.264-59

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ve



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088438/20

**Vítima:** MANOEL MARTINS BORGES FILHO

**CPF:** 242.745.264-53

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/10/2019

**Titular do CPF:** MANOEL MARTINS  
BORGES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARIA LUCIA DA SILVA : 012.927.714-29

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

### MANOEL MARTINS BORGES FILHO : 242.745.264-53

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: 11/03/2020  
Nome: MANOEL MARTINS BORGES FILHO  
CPF: 242.745.264-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA