

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nanielly Priscila do Silva inscrito (a) no CPF 056.330.904 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.184.844 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes da Vítima Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.184.844 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☒ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, comp. de endereço

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Vicente Leite</u>		<u>588</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Alto Treze de maio</u>	<u>Massaró</u>	<u>RN</u>	<u>59631-340</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

Massaró 20 de março de 2018
Local e Data

Nanielly Priscila do Silva
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADMS
E COMPOSTURA DE SEGS.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wanderley Pinheiro de Sá inscrito (a) no CPF 056.330.904 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o nº 048.184.344 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes da Vítima Fernando Luis H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o nº 048.184.344 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, come. de endereço

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Vicente Leite</u>		Número <u>588</u>	Complemento
Bairro <u>Planalto Trêze de maio</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59631-340</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró 20 de março de 2018
Local e Data

Wanderley Pinheiro de Sá
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA,

RG nº 164.174, data de expedição 26/07/2006

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 056.865.554/00, com

domicílio na cidade de MOSSORÓ, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DENTIM MORAES, nº 878,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA, cujo o condutor era

FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA

Veículo: FOX

Modelo: CL MB

Ano: 2016

Placa: GE-3851

Chassi: 9BWA0H59XGH054606

Data do Acidente: 12/03/2018

Local e Data: MOSSORÓ/RN - 06/03/2018

Terezinha Holanda Alves Nogueira

Assinatura do Declarante

Fernando Luiz Holanda Nogueira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
Rua Cel. Vitorino Sobrinho, 93-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefone: (84) 3316-1900 - E-mail: atendimento@notariomossoro.com.br

RECONHEÇO por AUTÊNTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):

TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA Registro D104 085 00037404
Mossoró/RN, 09 de março de 2018.

[Assinatura]

☐ Fabiana de Silva Magalhães - Keya Valéria de S. Galdino ☐ Aica Leite de Sene A. Souza
Válido somente com o selo de autenticidade. Emolumento R\$2,45 (Resolução nº 15/2016 - JUNA, de 12/06/2016)

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM
E COMARCA DE SEGS.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA

RG nº 164.174 data de expedição 26/07/2006

Órgão SSP/RN portador do CPF nº 056.865.654/00 com

domicílio na cidade de MOSSORÓ no Estado de

RN onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DOUTOR MORRONE nº 878

complemento CASA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA cujo o condutor era

FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA

Veículo: KOK

Modelo: CL MB

Ano: 2016

Placa: 26GE-3251

Chassi: 9BWA00153XGH054605

Data do Acidente: 12/03/2018

Local e Data: MOSSORÓ/RN - 06/03/2018

Terezinha Holanda Alves Nogueira

Assinatura do Declarante

Fernando Luiz Holanda Nogueira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
PRAÇA DE SÃO FRANCISCO - 5º andar - Fone: 3041-1111 - CEP: 59000-000 - Mossoró/RN - Tel: 3041-1111 - Fax: 3041-1111 - E-mail: notario@notario.mossoro.rn.gov.br

CONFIRMAÇÃO por AUTENTICIDADE da Assinatura(s) do(s) Declarante(s)

TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA

Mossoró/RN

Registro 0104 685 00037404

08 de março de 2018

Feitos de livre escolha de: Heitor Vitor de B. Galdino - SS Alice Lúcia de Siqueira A. Souza
Válido somente com a assinatura de Heitor Vitor de B. Galdino - SS Alice Lúcia de Siqueira A. Souza

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL ADM
4ª SECRETARIA DE SEGS

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL ADM
4ª SECRETARIA DE SEGS

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

19/02/2018 09:34

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA Dt. Nasc.: 29/05/1983 Atendimento: 48733026 Prontuário: 3909618
Convênio: HAPVIDA MOSSORO Posto: Leito: /
Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM 201011 Nº: 19464920 19/02/2018 às 09:31

ANAMNESE	
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS; RELATA DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE [1]
Queixa Principal	
CID10	R520 DOR AGUDA [1]
Alergias	NAO [1]
Doenças Crônicas	NAO [1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE [1]	
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM
E COMISSÃO DE SEGS


ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

22/02/2018 14:22:34

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3909618	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA	M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1695020 SSP RN	4818484440		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R DELFIM MOREIRA, 878 - BOM JARDIM, MOSSORO(RN) CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8928-9208				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
255 HAPVIDA MOSSORO	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/ UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
02162708414003036		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente		Clinica	
2584964 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA Dt. Nasc.: 29/06/1983 Atendimento: 48733028 Prontuário: 3909618
 Convênio: HAPVIDA MOSSORO Posto: Leito: /
 Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM 711011 Nº: 19464920 19/02/2018 às 09:21

ANAMNESE	
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CAQOTAMENTO HA 7 DIAS, RELATA DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE (1)
Queixa Principal	
CID10	R520 DOR AGUDA (1)
Alergias	NAO (1)
Doenças Crônicas	NAO (1)
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	(1)
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação (1)

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL ADL
A COORDENADORA DE SECS

PROTOCOLO
RECEBIDO
TERRA DO SOL ADL
A COORDENADORA DE SECS



HOSPITAL
**RODOLFO
FERNANDES**

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48733026



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

22/02/2018, 14:22:34

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3908618	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA	M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carreira Profissional	Estado Civil	
1695020 SSP RN	4818464449		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R DELFIM MOREIRA, 878 - BOM JARDIM, MOSSORO (RN), CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
9928-9206				

DADOS DO CONVENIO

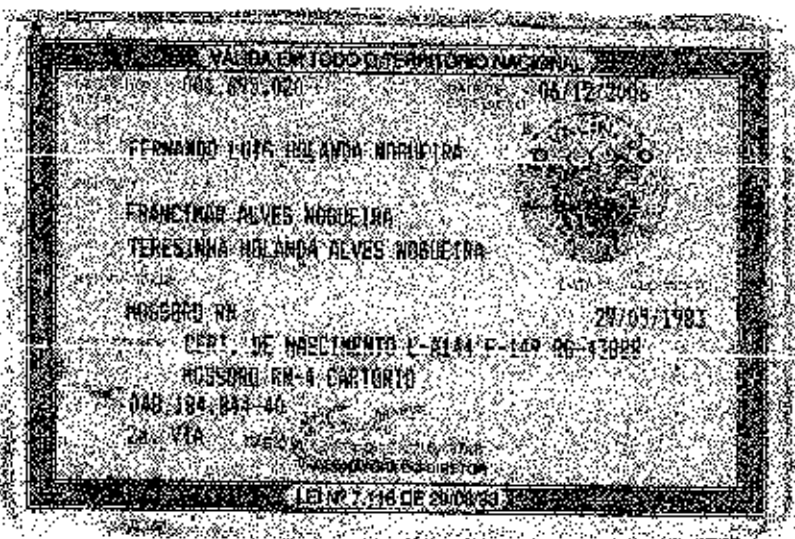
Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORO	1 PLANO ENFERVIDA TOTAL ESP CI/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
02162703414003036			

DADOS DO ATENDIMENTO

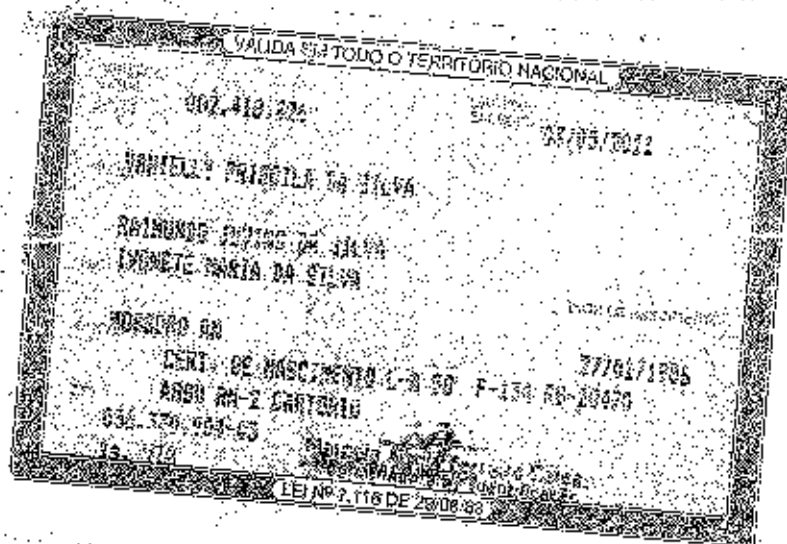
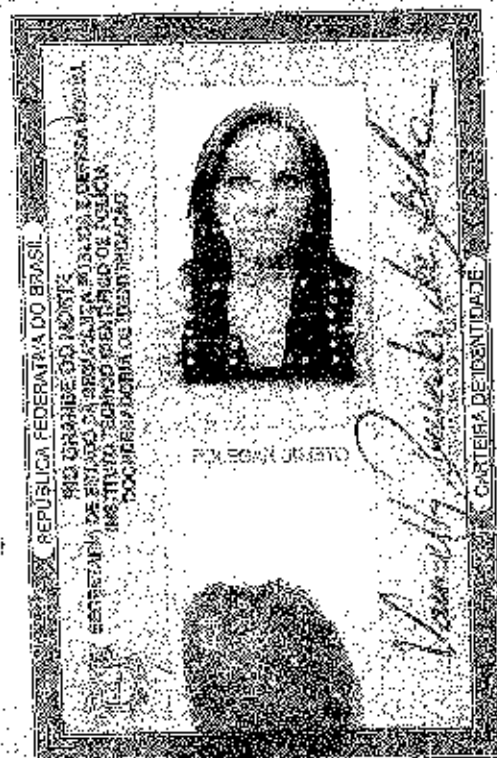
Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente		Clínica	
2584864 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA		1-MÉDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - GUILIANA DINIZ LIMA

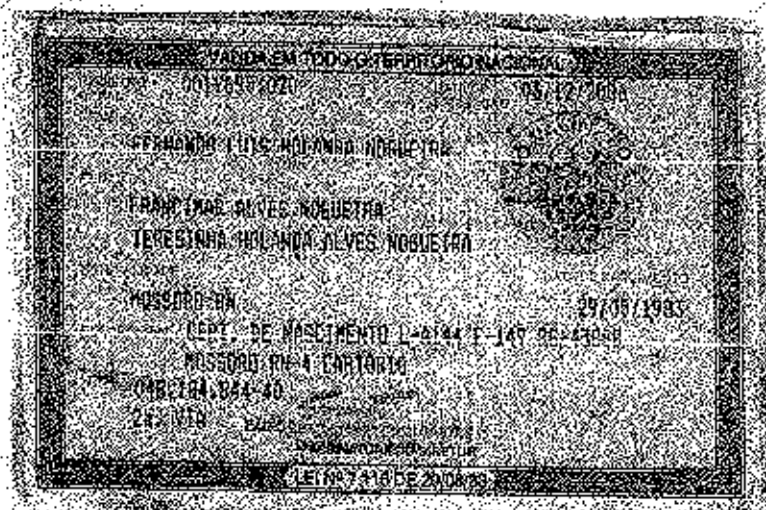
Vitima



PROTOCOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM
DIRETORIA DE SEGS.



PROTOCOLADO
RECEBIDO
12 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM
COORDENADOR DE SEOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10687 / 00288 Nº **013252830794**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COBROUAVAM 01077972986 RNTB ***** 2017

TEREZINHA HOLANDA ALVES MOUTRA

056.065.554-00

QGE3251

QGE3251/RN

98WAB25284054606

ESPÉCIE VEÍCULO: PASSADISTO/AUTOMOTRIZ/NAO APLICAR/EL ALCOOL: BRANCO

VEICULO: NOVO FOX CL HB ANOS FAB: 2016 2018

5P/104CV CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: BRANCA

1ª PAGA: R\$ 0.00 DATA: 04/07/2017

2ª PAGA: R\$ 117769.31 DATA: 04/07/2017

3ª PAGA: R\$ 237.65 DATA: 04/07/2017

ALIAS: FID. EM FAVOR DE 99.995.001/0001-48

DIGAL ADM DE CONSORCIO LTDA

MOTOR: CCRU79492

NOSSORO/RN 04/07/2017

Sidney Beltrão de Silva
COORDENADOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS
DETRAN - RN

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

RN Nº **013252830794** 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 4304

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 04/07/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 056.065.554-00 PLACA QGE3251

RENAVAM 01077972986 VEICULO: NOVO FOX CL HB

ANOS FAB: 2016 2018 COR PREDOMINANTE: BRANCA

1ª PAGA: R\$ 0.00 DATA: 04/07/2017

2ª PAGA: R\$ 117769.31 DATA: 04/07/2017

3ª PAGA: R\$ 237.65 DATA: 04/07/2017

ALIAS: FID. EM FAVOR DE 99.995.001/0001-48

DIGAL ADM DE CONSORCIO LTDA

MOTOR: CCRU79492

NOSSORO/RN 04/07/2017

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.216.008/0001-04

PROTOCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM
00000000000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10687 / 00286 Nº 013252630794

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. COB-DETRAN 01077972966 2. CNH 00000000000000000000 3. EXB-DETRAN 2017

TEREZINHA RIZANDA ALVES NOGUEIRA

056 B65 554-00

06E3251

06E3251/RN

9984152XG4054606

PARAGUAY/AUTOMÓVEL/BAO ELIXAVEL

ALCOOL/4000

VW/NOVO FOZ CL HD

2016

2016

58/1040V

PARTICULAR

BRANCA

P R\$ 0.00

04/07/2017

1. PAGO

A 117769.84

R\$ 237.65

2. PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

TAXAS DETRAN: PAGO

PREMIO TOTAL (R\$)

ALVEN. FIS. EM FAVOR DE 39.995.061/0001-40

DESAF. ADM. DE CONSORCIO LTDA

NOTOR: CRRU79492

NOBROXO/RN

Siderley Siqueira de Silva

04/07/2017

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

RN Nº 013252630794 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 2017

DATA EMISSÃO 04/07/2017

056 B65 554-00

06E3251

01077972966

VW/NOVO FOZ CL HD

3016

1

9984152XG4054606

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)

IDENTIFICACAO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DPVAT

ICLA SEGURO DPVAT 2017

PAGAMENTO

DPVAT

DATA DE CANCELAMENTO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 02.240.605/0001-01

PROTOCOLO RECEBIDO
07 JAN. 2019

PROTOCOLO RECEBIDO

Companhia

TERRA DO SOL ADM
E OBRIGATORIO DE SEGS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180167069 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR EM FACE E ABDOME

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR ATUALIZADA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

Observações: SINISTRO INDEFINIDO COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA BRASILEIRO
SOLTEIRO, inscrito no CPF/MF 046.184.844/40, residente na
R. SENECA MIRREIRA Nº 878
BOM JARDIM - MOSSORÓ/RN

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor VANIELLY PRICELA DA SILVA, brasileiro, 224 TERRA DO SOL ADM, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua VIGENTE LESTE nº 588, Bairro PLANALTO - MOSSORÓ /RN, para representa-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 14 de 03 de 2018.

x Fernando Luis Holanda Nogueira.

OUTORGANTE

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN (Fone/Fax) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de Fernando Luis Holanda Nogueira

em 14 de 03 de 2018

Em Teste

[Assinatura]

Eu, [Assinatura]

Notário Público, [Assinatura]

de [Assinatura]

de [Assinatura]

de [Assinatura]

de [Assinatura]

de [Assinatura]



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HELANDA NOGUEIRA BRASILEIRO
SOLTEIRO, inscrito no CPTME OUT. RN. 8444/10, residente na
R. SENEZIM MORAES Nº 878
BOM JARDIM - MOSSORÓ/RN

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor MAIZELLY PEREIRA DA SILVA, brasileiro, SOLTEIRO OUT. RN. 1061, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua VIRGÍLIA LEMTE nº 588, Bairro PLANALTO - MOSSORÓ /RN, para representá-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 14 de 03 de 2018.

Fernando Luis Helanda Nogueira

OUTORGANTE

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3377-4278

RECONHECIDO por autenticidade, a firma

Fernando Luis Helanda Nogueira

Mossoró, RN, 14 de MAR, 2018.

Em Teste

[Assinatura]

☒ Eliane R. de Lencastre Fernandes - TABELA

☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO

☐ Francisco José Alencastro - SUBSTITUTO

☐ Luana Kelly Muelhede Fernandes - SUBSTITUTO



PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2018
TERRA DO SOLADIM

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2018
TERRA DO SOLADIM
E CONSTATÓRIA DE SEGS.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006084/19

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

CPF: 048.184.844-40

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/02/2018

Titular do CPF: FERNANDO LUIS
HOLANDA NOGUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VANIELLY PRISCILA DA SILVA : 056.330.904-03

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

FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA : 048.184.844-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: VANIELLY PRISCILA DA SILVA
CPF: 056.330.904-03

VANIELLY PRISCILA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: MORGANA KAINARA DE MOURA
CPF: 016.674.944-30

MORGANA KAINARA DE MOURA

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180167069**

Vitima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180167069**.

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 12665830



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Nº Sinistro: **3180167069**
Vitima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180167069**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180167069**
Vitima: **FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANIELLY PRISCILA DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180167069**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13483224



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017157

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANIELLY PRISCILA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017157

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANIELLY PRISCILA DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

048.184.844-40

Nome completo da vítima

Fernando Luis M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Fernando Luis M. Nogueira

CPF titular da conta

048.184.844-40

Profissão

Recusou

Endereço

Rua Delfim Maneiras

Número

838

Complemento

Casa

Bairro

San Joao

Cidade

Mossoro

Estado

RN

CEP

59618-200

Email

Telefone (DDD)

031849830-3294

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚM.

D/V

CONTA

NÚM.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NBO

001

AGÊNCIA

NÚM.

D/V

CONTA

NÚM.

D/V

0056

(Informar dígito se existir)

13

23492

(Informar dígito se existir)

2

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoro, 20 de março de 2018

Local e Data

Fernando Luis Holanda Nogueira

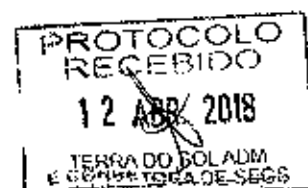
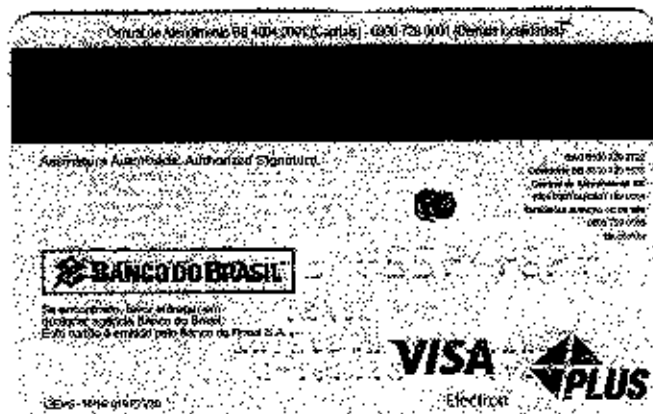
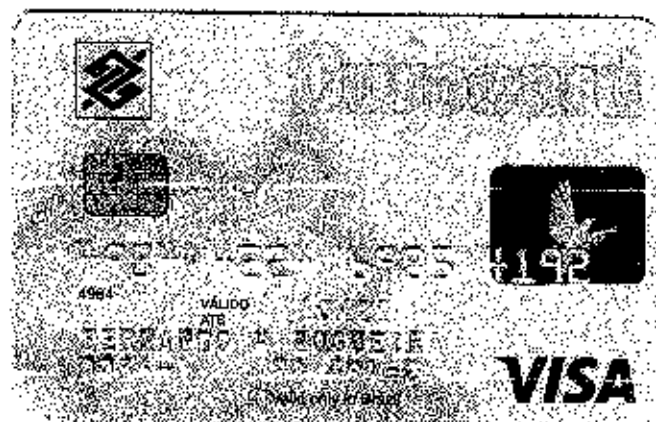
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO RECEBIDO

12 ABR 2018

TERRA DO SOLAUM
E COMPANHIA DE SEGS





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0800-221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

048.184.844-40

Nome completo da vítima

Fernando Luis M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Fernando Luis M. Nogueira

Endereço

Rua: Dolim Moreira

Bairro

Bom Jardim

Cidade

Maracá

E-mail

CPF titular da conta

048.184.844-40

Profissão

Recusou

Número

838

Estado

RN

Complemento

CEP

59518-200

Telefone (DDD)

031849910-3001

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.500,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO

0056

B/V

3

CONTA

NRO

28491

D/V

2

CONTA

NRO

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

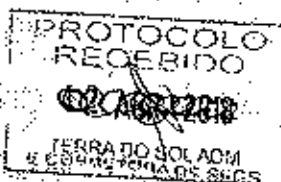
Maracá, 02 de março de 2018

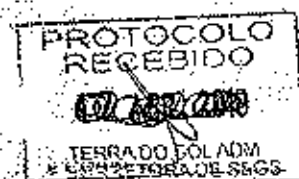
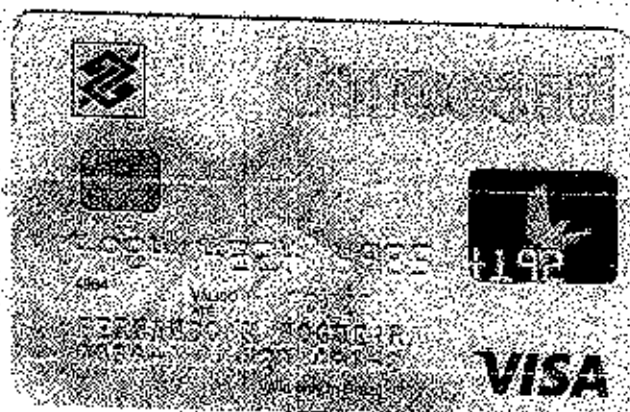
Local e Data

Fernando Luis M. Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0209318

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF CAVALHEIRAS / RN P. Ref. PRÓX. A ESTAD. DE CUMAMENGO
Data 10/02/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02:15 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☒ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

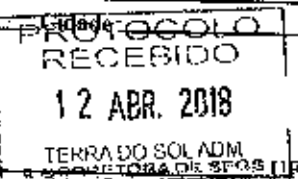
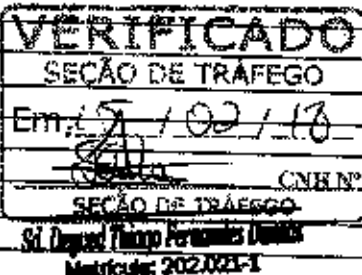


3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi AGE 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW / NOVO FOX CL MB Cor BRANCA
Proprietário TEREZINHA HOLANDA ALVES MOREIRA Ano 2016
Condutor FERNANDO SAIS HOLANDA MOREIRA Nº de Ocupantes 02
Endereço SIDERES MOREIRA Data de Nasc. 29/05/1983
Bairro ROM. JARDIM Nº 878 Fone 94-78338366
CPF Nº 048.139.844-90 CNH Nº 02543552387 Validade 09/10/2017 UF RN
Local de Trabalho CAEDM Categoria 4B
End. Nº Bairro Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço Nº Fone
Bairro Cidade UF
CPF Nº CNH Nº Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. Nº Bairro Cidade



5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço Nº Fone
Bairro Cidade UF
CPF Nº CNH Nº Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. Nº Bairro Cidade



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutor Data de Nasc.
Endereço Nº Fone
Bairro Cidade UF
CPF Nº CNH Nº Validade Categoria
Local de Trabalho Fone
End. Nº Bairro Cidade



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RODOLFA (AV 112)

Em que sentido? CARABEIRAS A GOVERNADOR DO SERTÃO Em que faixa? DA DIREITA

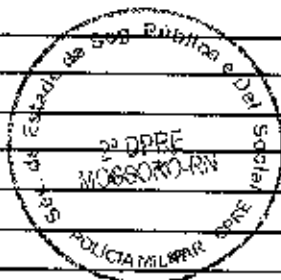
Versão do condutor VINHA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA VIA, QUANDO EM UM DETERMINADO MOMENTO FOI DESVIADA DE SUA SEÇÃO QUE TINHA NA PISTA E PULOU O CARRO PARA ACOSTAMENTO QUANDO FUI TENTAR SUBIR A PISTA PERDI O CONTROLE DO CARRO E CAÍTEI.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Luis de Melo

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



EM BRANCO

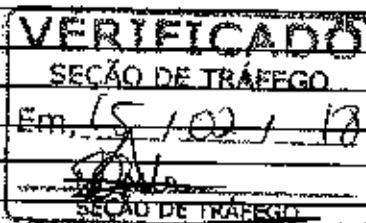
Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO



Assinatura Dr. Douglas Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em 15/02/18
[Signature]
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Sd. Douglas Thiago Fernandes Duarte



9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



VESTÍGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



**BICICLETA
OU MOTO**



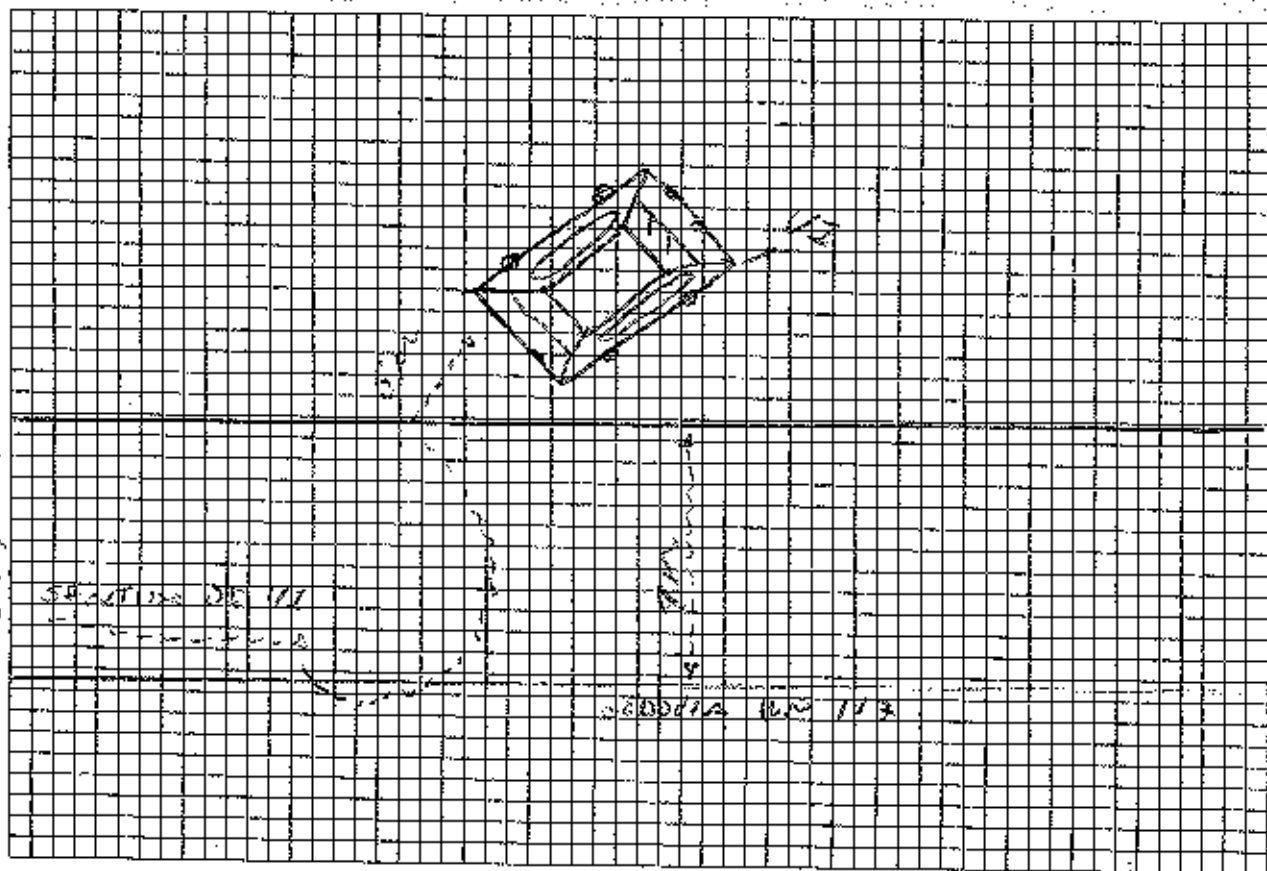
CARRO DE PEQUENO PORTE



**CAMINHÃO
OU ÔNIBUS**



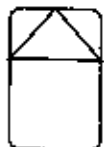
CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

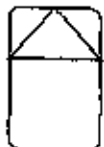
AVARIAS DO VEÍCULO 1

CASA - CASA BOMBA DI PIU' - PARACALIBRANTE
DIANTI E TRASLATO - POSTO DIANTI: DM, E KM.



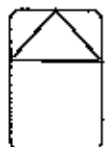
TESTO - VOLUME 24 DOCTA. DIAGN. DIA.
E LSCA. FASEL. (02) PARA CAM.
DIAGN. DIA. E LSCA. RETORNO
AIA. PAG. (02) PARA OIS INT. E
MEXICANAS A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 3



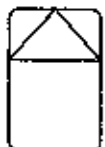
EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 2



EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



EM BRANCO

11- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome WANDERLEY RIBEIRO DA SILVA
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/1981
Endereço N. VIRETE CESTE Nº 528 Fone _____
Bairro CONALTO 17 DE MAIO Cidade Mossoró UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome VERIFICADO
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço SEÇÃO DE TRÁFEGO Nº _____ Fone _____
Bairro EM, 15102110 Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

13- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

14- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____
Nome _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
Foi VERIFICADO no local onde VI TRANSCORREU NA RODADA Nº 119, NO SENTIDO CARACATÁS - A. EDUARDA DO DIL SANTOS PEREIRA, E FOM UM DETURNUADO MOMENTE PERDEU O CONTROLE DO CAR. PASSOU PINDO A CAPOTAR E CAIU NO SENTIDO CONTRÁRIO DA VIA.
O CONDUTOR DE 17 E A PRESIDENTE FORMAM CONQUISTAS DO LULA ARRELAÇÃO PARA O HOSPITAL DE CALHOUNADO DIA SEPT. VESADO, COM ALGUMAS ESCALASSES QUE NÃO COLABORIZAM TESTE DE RESPIRAÇÃO, POR ESTAVAMOS SE O EQUIPAMENTO DO CAR. FOI O VEÍCULO FOI DETURNUO NO LOCAL, POR ESTAVAMOS SEM CUBO V. 05/08/2018.

Nome Completo do Agente TICOM ALEXANDRE CLEMENTINO
POSTO/GRAD.: SD 01 PM Nº 40070613 Viatura TOM Subunidade _____
Local e Data Mossoró, 12 de Setembro de 2018
Assinatura do Agente de Trânsito _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0203318

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF CAVALOS/RN P. Ref. POST. A ESTRECHO DE CUMAMENGO
Data 12/02/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 2:15 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☒ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)



3 - VEICULO 01:

Placa ou Chassi MG-5 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW / NOVO FOL CL MB Cor BRANCA Ano 2016 12016
Proprietário TEREZINHA GOMES NUNES MORAES Nº de Ocupantes 02
Condutor FERNANDO GILS GOMES MORAES Data de Nasc. 29/05/1983
Endereço QUILÔMETRO MODEIRA Nº 278 Fone 94-28753 8386
Bairro BOA JARDIM Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 048.189.244-40 CNH Nº 00543552382 Validade 29/10/2020 Categoria B
Local de Trabalho CAERN Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade MOSSORÓ

4 - VEICULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em: 15/10/2018
EM BRANCO

PROTÓCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
07 JAN 2018

5 - VEICULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

EM BRANCO

6 - VEICULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

EM BRANCO

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RODOLFO C.N. 112

Em que sentido? CAVACABAI - GOVERNADOR DILBERT NOGUEIRA Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor VINHA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA VIA, PORQUE EM CADA DETERMINADO MOMENTO EU DESLIZAVA DE UMA CESTA QUE TINHA NA PISTA E PULAVA PARA A ACOSTAMENTO, QUANDO FUI TENTAR SUBIR A PISTA PERDI O CONTROLE DO CARRO E CADETEI.

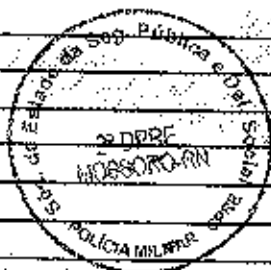
Assinatura do Condutor do V1 Edson Luiz de Menezes

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor



EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

EM BRANCO



Assinatura do Condutor do V3 Edson Luiz de Menezes
Matrícula: 202.021-1

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipa da Pista	Caract. Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Íngreme	<input type="checkbox"/> Enfundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'Água	<input type="checkbox"/> Faixa do Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lâmbada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRANSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CALLEJAS

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS


CARRETA

RUA DE M...


RUA DE M...

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÁNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1


CARGO - ENCARREGADO DIANT. - PARA C/ALMOGADO
 DIANT. E TRANSITO - PARA DIANT. OM. E FOR

 TETO - 11/100 DA QUOTA DIANT. OM.
 E FOR. FACHO (02) PARA C/ALMO
 DIANT. OM. E FOR. RETORNO
 AN. BAG. (02) PARTES INT. E
 PLANTAS A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 3




EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVÁRIAS DO VEÍCULO 4



EM BRANCO

11- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome IANECCY RUISELLA DA SILVA
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/1
Endereço AV. VERDE LESTE Nº 558 Fone _____
Bairro PARAÍTO 12 DE MARÇO Cidade MOSSORÓ UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº **VERIFICADO** Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/1
Endereço **SEÇÃO DE TRÁFEGO** Nº _____ Fone _____
Bairro ETN. 15102110 Cidade 2º DEFE. MOSSORÓ RN UF _____
Versão _____
Assinatura Matrícula: 202.021-1 Hora _____

13- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

14- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____
Nome _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ Cód/Desd _____

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
FOI VERIFICADO NO LOCAL DOE 117 TRANSPORTES NA RODADA KM 117, 117
SEÇÃO PROBABILISTA FORMULADO DE SANTO ROSADO E FIM DE DETURMADO
MANEJADO PERDIDA DE SEÇÃO DE 01 DE JULHO 2012 A PARTIR DE 01 DE JULHO
NO SEÇÃO DE 01 DE JULHO 2012 A PARTIR DE 01 DE JULHO 2012
A 01 DE JULHO DE 12 E A 01 DE JULHO 2012 FORAM CONDUZIDOS PARA A AGENCIA
PAGA O HOSPITAL DE GUARANDA DO SUL SEPT. ROSADO, COM ALGUMAS EXATIDÃO DE 01 DE
NO 01 DE JULHO 2012 DE 01 DE JULHO 2012, POR ESTAVAM SEM A EXATIDÃO DE 01 DE JULHO
DE 01 DE JULHO 2012 DE 01 DE JULHO 2012, POR ESTAVAM SEM A EXATIDÃO DE 01 DE JULHO

Nome Completo do Agente IGON ALEXANDRE CLEMENTINO
POSTO/GRAD.: 33 01M PM Nº 20070613 Viatura TOP Substância 01 DE JULHO
Local e Data MOSSORÓ, 12 de FEVEREIRO de 2012
Assinatura do Agente IGON ALEXANDRE CLEMENTINO

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fernando Luis Holanda Nogueira

CPF da Vítima

048.184.844-40

Data do Acidente

12/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

03184 98810-3094

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mossoró, 20 de março de 2018.

Local e Data

PROTOCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM
E CUMPRIMENTO DE SECS.

Fernando Luis Holanda Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Fernando Luis Holanda Nogueira CPF da Vítima: 048.384.844-40 Data do Acidente: 13/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): 08184 08830-3094

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de peraltir 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO RECEBIDO

08/03/2018

TERRA DO SOL ADM E COMERCIAL DE SEGS

Manaus, 20 de março de 2018.

Local e Data

Fernando Luis Holanda Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0209218

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia CN 117 Bairro ZONA URBANA
Cidade/UF CAACIAS/RN P. Ref. PRX. A ESTACAO DE CUMAMENGO
Data 12.10.2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02:15 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☒ - Capotamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Atropelamento
☐ - Outro(s) _____

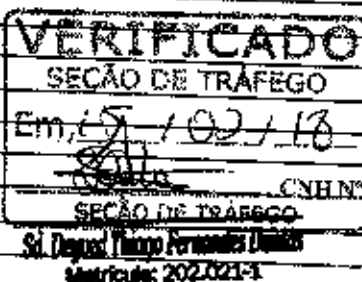


3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi AGE 3251 Cidade MACAÉ UF RJ
Marca/Mod. VW / UPDO FOX CL NB Cor BRANCA
Proprietário TEREZINHA HOLANDA REVES MORAES Ano 2016
Condutor FERNANDO LUIS HOLANDA MORAES Nº de Ocupantes 02
Endereço R. D. S. MORAES Data de Nasc. 29/10/1983
Bairro BOA VISTA Nº 838 Fone 94-78753774
CPF Nº 048.189.344-40 CNH Nº 00593552387 Validade 09/10/2022 UF RJ
Local de Trabalho CAEDN Categoria AB
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Fone _____
Cidade MACAÉ

4 - VEÍCULO 02

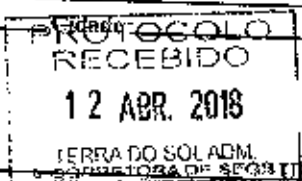
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____
Cidade _____



EM BRANCO

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____
Cidade _____



EM BRANCO

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____
Cidade _____

EM BRANCO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0203318

1 - LOCAL E DATA

Local RODovia RN 117 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF SACABAS/RN P. Ref. POST. A ESTACAO DE CUMAMENTO
Data 12/02/2018 Hora do acidente 00:30 Hora do registro 02115 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☒ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi RGE 3251 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW / NOVO FOX CL MB Cor BRANCA Ano 2016
Proprietário TEO ZIMHA HOLANDA ALVES MAGALHÃES Nº de Ocupantes 02
Condutor FERNANDO CESAR HOLANDA MAGALHÃES Data de Nasc. 29/10/1983
Endereço RIDEREM MOREIRA Nº 238 Fone 94-79253 8766
Bairro BOA JARDIM Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 048.184.844-42 CNH Nº 02543552384 Validade 07/10/2017 Categoria B
Local de Trabalho CAERN Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em 15/10/18
SEÇÃO DE TRÁFEGO
SI. Dep. Tarciso Fernandes Lima
Matrícula: 202/021

EM BRANCO

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM
SECRETARIA DE SEGURANÇA

EM BRANCO

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

EM BRANCO

PROTOCOLO RECEBIDO
07 JAN 2018

PROTOKOLO
RECEBIDO
12 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM
C/CONTROLE DE SEGS.

TCM
TERRA DO SOL ADI

00092441 - FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA
RUA DELFIM MOREIRA 878 CASA

Bom Jardim
MOSSORÓ - RN
59618200

Vencimento: 05/01/2018

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO

Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas
Endereço para devolução de cartas

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços
☐ Endereços

- ☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo
☐ Arquivo

Retirando no Serviço Postal em:

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL ADI
C/COMPANHIA DE SEGS.

PROTOCOLO
RECEBIDO
00092441
TERRA DO SOL ADI
C/COMPANHIA DE SEGS.

