

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro 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 Fernando Luiz Nogueira inscrito (a) no CPF 0148.184.844 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luiz H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 0148.184.844 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Assaltos, da Vítima Fernando Luiz H. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 0148.184.844 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

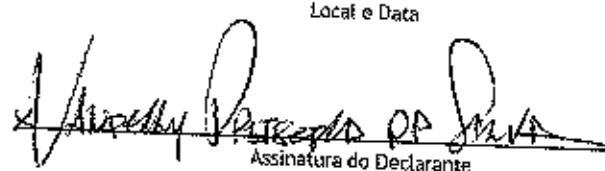
Declaro Profissão: Perusso Renda: Recursos e apresento os documentos comprobatórios:
RG, CPF, comp. de endereço

Recuso informar _____

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
 Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	
Rua Vicente Leite	Número
Bairro	588
Plaiano Freyre de Melo	Complemento
Email	CEP
	RN
	59631-340
	Telefone comercial (DDD)
	Telefone celular (DDD)

Mossoró 20 de março de 2018
 Local e Data


 Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADIM
 E SOMOS TERRA DE SEUS

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 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 Wallyne Priscilla dos Santos, inscrito (a) no CPF nº 336.306-03-03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Luis H. Vaqueiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.184.214-40, do sinistro de DPVAT cobertura Assaltos, da Vítima Fernando Luis H. Vaqueiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.184.214-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa E apresento os documentos comprobatórios:
RG, CPF, Comprovante de endereço

Recusa informar

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

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

Endereço	Número
Rua: Vicente Leite	588
Bairro	Estado
Planoalto Trigo de Minas - Inassorim	CEP
Email	59631-340
	Telefone comercial (DDD)
	Telefone celular (DDD)

Inassorim - 20 de Junho de 2018
Local e Data

Wallyne Priscilla DP JPA
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
02 JAN 2019

TERRA DO SOL ALTA CONCENTRAÇÃO SECA

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. DANTAS MOSSORÓ, nº 577,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA, cujo condutor era FERNANDO LUTZ HOLANDA NOGUEIRA.

Veículo: KOX

Modelo: CL MB

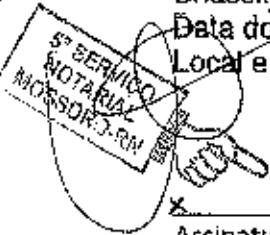
Ano: 2016

Placa: 22 GE 3951

Chassi: 9BWA0H59XGH05466

Data do Acidente: 18/03/2018

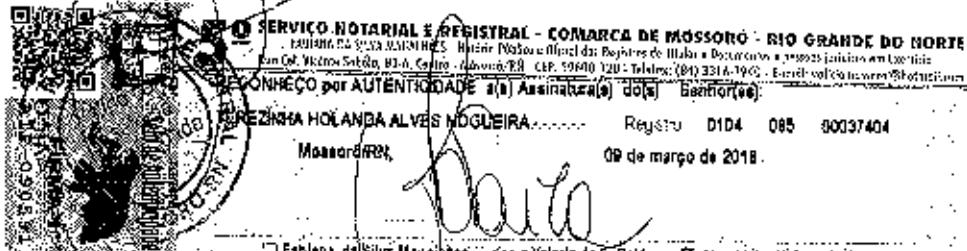
Lota e Data: Mossoró/RN - 06/03/2018


TEREZINHA Holanda Alves Nogueira

Assinatura do Declarante

Fernando Lutz Holanda Nogueira

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



PROTOCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CONSTRUÇÃO DE SEGS.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TEREZINHA HOLANDA ALVES NOGUEIRA,

RG nº 164.174 / data de expedição 26/07/2006
Orgão SSP/PN 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 Moraes, nº 878,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA, o qual o condutor era FERNANDO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA.

Veículo: KOK

Modelo: CL MB

Ano: 2016

Placa: 22-GE-3251

Chassi: 9BWA01153XG11054606

Data do Acidente: 13/03/2018

Lota e Data: Mossoró/RN - 06/03/2018

X Terezinha Holanda Alves Nogueira
Assinatura do Declarante

X Fernando Luiz Holanda Nogueira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

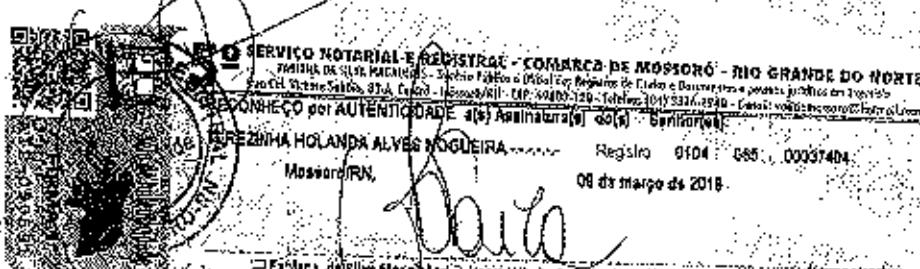
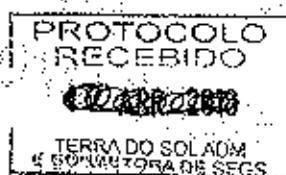


Foto da assinatura: Terezinha Holanda Alves Nogueira
Valido dentro e fora do território do Brasil (Resolução nº 187/05-TJ/RN de 14/02/2016)



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA Dt. Nasc.: 29/05/1983 Atendimento: 48733026 Prontuário: 3909518
Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ Posto: Leito:
Profissional(is): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM-203011 N°: 19464920 19/02/2018 às 09:31

ANAMNESE:

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS; RELATA DOR DÓR ABDOMINAL + DOR EM FACE [1]

Queixa Principal:

CID10:

R520 DOR AGUDA [1]

Alergias:

NAO [1]

Doenças Crônicas:

NAO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO:

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou modicação [1]

PROTOCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

FERRADO SOL ADM
E CONSULTORIAS SEGS



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

Pronutário	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	48184844440		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R DELFIM MOREIRA,878 - BOM JARDIM, MOSSORÓ(RN) CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8926-9208				

DADOS DO CONVÉNIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

R4310RA - GIULIANA DINIZ LIRA

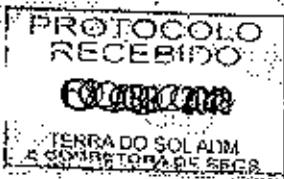
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA - HRF

19/02/2018 09:34

Paciente: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA	Dr. Nasc.: 29/05/1963	Atendimento: 48733028	Prontuário: 3909818
Conteúdo: HAPVIDA MOSSORÓ	Posto:	Leito: /	
Profissional(s): GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA CRM 7010 (H) - N°: 19464920	19/02/2018 às 09:31		
ANAMNESE			
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 7 DIAS. RELATADA DOR DOR ABDOMINAL + DOR EM FACE [1]		
Queixa Principal:			
CID10:	R620 DOR AGUDA [1]		
Alergias:	NAO [1]		
Doenças Crônicas:	NAO [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
PLANEJAMENTO TERAPEUTICO:			
Alta Após Medicação E Cuidados:	Alta após cuidados e/ou medicação [1]		





RODOLFO
FERNANDES

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

48733026

22/02/2018 14:22:34

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
3909616	FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA		M	29/05/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
1695020 SSP RN	4818484440			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R DELFIN MOREIRA, 578 - BOM JARDIM, MOSSORÓ (RN) CEP 59800000					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
9928-3266					

DADOS DO CONVENIO

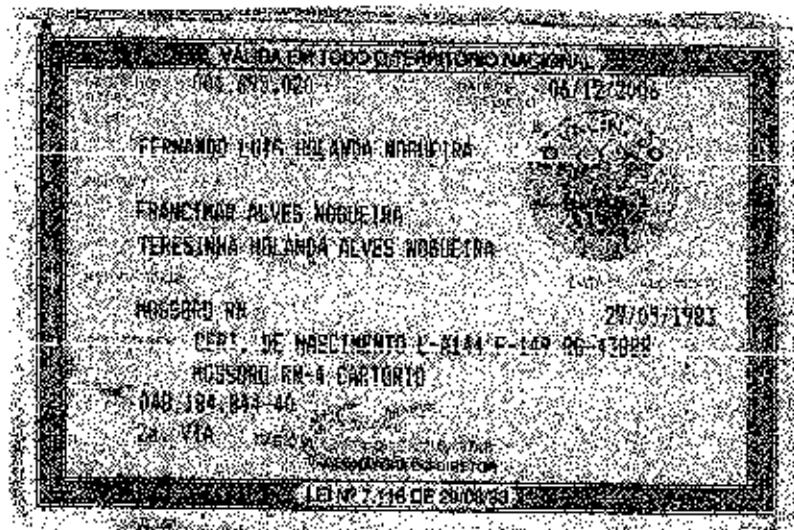
Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORÓ	1 PLANO ENFERMIDADE TOTAL ESP C/UTI/ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
02162703414003036			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	310100- RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORÓ		
Data	Hora	Matrícula	Tipo Atendimento
19/02/2018	09:25		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente	Clinica		
2584864 GUSTAVO HENRIQUE DANTAS DA CUNHA	1-MÉDICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO:			
R4310RA - GIULIANA DINIZ LIRA			



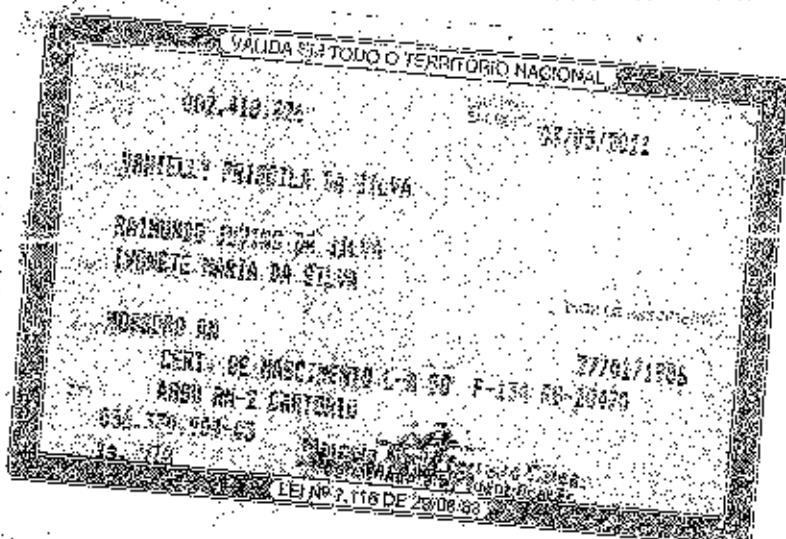
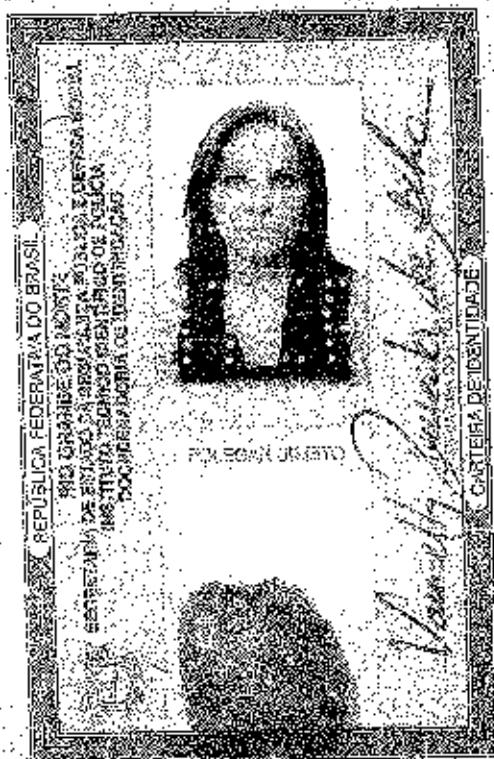
Vitima



**PROTOCOLO
RECEBIDO**

12 ABR. 2018

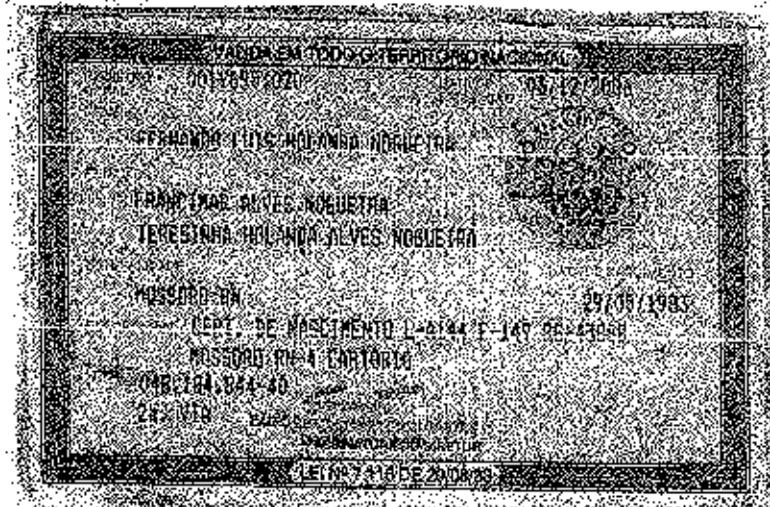
TERRA DO SOL AOM
E COMUNIDADES DE SEGS



**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

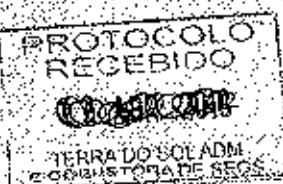
12 APR 2018

**TERRA DO SOL ADM
e CONSUMO DE SECO**





A rectangular stamp with the word "PROTOCOL" at the top, followed by "20" and "RECEIVED" below it. The date "8.12.2013" is stamped in the center, and "RECEIVED" is stamped again at the bottom.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIGARROS

DETAN - RN 10681 / 90289 N° 013252830794
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 COMPREHENSIVE PRACTICE EVALUATION
0107797295 777-222-0044 2013

TREZEMOS HORAS A KYES MELHORADA

056-865-554-00 CDT 32511

DGE 3251/RN 28813952851051606

PARAGLIDING AND OTHER AIRSPEED ACTIVITIES **ALWAYS USE PROTECTION**

ANNO FAB. 2016 - ANNO MOD. 2016-17

PREÇO TARIFFADO (R\$) : R\$ 0,00 **VALOR DE PAGAMENTO:** **R\$ 0,00**

ALIEN. P.D. EN FAVOR DE 33-385-081/0001-45
DIGITAL A.R.E. DE CONONCIOS. LYMA
MOTOR: CERU70492

MESSORO/RW **DATA**
Sociedad Estadística de Suiza
CONFIDENCIAL DE ESTADÍSTICAS VEHICULOS
04/07/2017

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

RN 1º 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.seguradorasider.com.br
SAC DFVAT 0800-822-1234

- EXTRATO - DATA EMISSÃO
2017 04/07/2017

VIA CPF / CNPJ PLACAS
1 056.865.554-00 4443251

MARCA 7 MOTORE
VIA NUOVA FOX CL 115

ANO FAB 2016 CAT TYPE 1 N° CHASSIS 9BMA9652264054606

PRÉMIO FAZENDA

ESTATE OF MR. PETE (195) 100% / 100% 100% / 100% 100% / 100%

PAGAMENTO _____ **DATA DEQUITACAO** _____

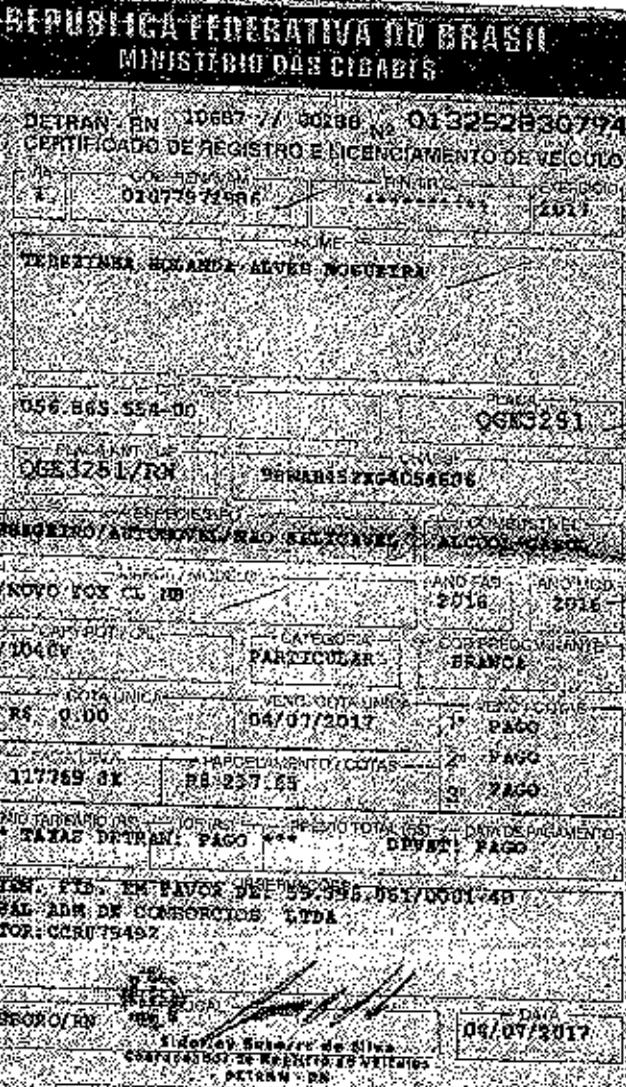
第42回 月の出で君をうながす 月夜の歌 月夜の歌

卷之三

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

12 APP 2018

IGRA DO SOLADO
e o que é que de rego



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

RN-Nº 013252630794 BILHETE DE SEGURO OFICIAL

**ESTE É O SEU BILHETE DO REGISTRO DE PAGAMENTO
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.**

www.english-test.net/

SAC-REF-VAT-0900-023-1234

Digitized by srujanika@gmail.com

CNPJ / CNPJ		PLACA L-53251	
056.865.554-00			
RENAVAM 91077972906		IMPACTO MODELO TRONO FOR CL SR	
ANOTAR 1016		CLASSE 988A2452E04054609	
PRINCIPAIS IDENTIFICAÇÕES			
FIC (P)		IDENTIF. (P)	
		CLAVE DO SISTEMA	
SUSTENTO BILHETE (P)		(P) P	
		CLAVE DE CADASTRO	
NOME SANTOS, FERNANDO		PERÍODO 01/01/2010 - 31/12/2010	
ENDERECO RUA DOURADO, 1000 - VILA MARIA - SANTOS - SP		DATA DE CRIAÇÃO 01/01/2010	
<input type="checkbox"/> CITA URGENTE		<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SECURABORALINE®-INVAT

CE10420009009-03

PROTÓCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL AONI
E PIRAMIDE DA REGE

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:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HELANDA NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF com nº 184.844.140-00, residente na Rua Delfim Moreira nº 878, Bem Jardim - Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor VANIELLY PRESTES DA SILVA, brasileiro, 12477811022.418.4061, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua Vitorino Leste 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.

Xfernando Luis Helanda noguiva.

OUTORGANTE

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró/RN (84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Fernando Luis Helanda Nogueira

Mossoró/RN, 4 MAR 2018

En Teste: Assinatura - Padrão

Assinatura de: Francisco José Alves da Silva
Francisco Avel G Fernandes - QUESTOR
Luisa Karly Mendes Fernandes - QUESTOR



PROTÓCOLO RECEBIDO
12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.
& CORRETORA DE SEGS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO LUIS HEDAUZA NOGUEIRA BRASILEIRO
SOLTEIRO, inscrito no CPF/MF CNP 184.844/440 residente na
R. DIFÍCIL MOPRETA N° 878
Bom Jardim - Mossoró/RN

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor MANZELLY PRESTES DA SILVA, brasileiro, SOLTEIRO 009.HIP.1061, inscrito no CPF de nº 056-330.904-03, com endereço na Rua VIEIRAS 1007, nº 588, Bairro PLANALTINA - 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 interessado; 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 Hedauza Nogueira

OUTORGANTE

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Sáenz Peña, 10 - Centro
Mossoró/RN Fone/(84) 3317-2278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Fernando Luis Hedauza

Mossoró/RN 4 MAR 2018
Em Teste
[Assinatura]

Antônio R. de Melo Freitas - TCE/RN
 Roberto Alves G. Fernandes - SUBSTITUTO
 Francisco José Almeida - SUBSTITUTO
 Leana Kelli Mendes da Fonseca - SUBSTITUTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006084/19

Vítima: FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA

CPF: 048.184.844-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/02/2018

FERNANDO LUIS
HOLANDA NOGUEIRA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VANIELLY PRISCILA DA SILVA

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



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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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

008.184.844-40

Nome completo da vítima

Fernando Luiz M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Fernando Luiz M. Nogueira	CPF titular da conta: 008.184.844-40	Profissão: RECLUSO
Endereço: Rus. Del Fim Manoelino	Número: 878	Complemento: corredor
Bairro: Bom Jardim	Cidade: memória	Estado: RN
Email: fernando.luis.nogueira@gmail.com	CEP: 59618-200	Telefone (DDD): 0818498810-3800

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (101) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:
 DIV CONTA
Nº:
 DIV
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome:
Banco do Brasil
Nº:
0056 DIV 13 CONTA
Nº:
284912 DIV
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

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

memória, 20 de maio de 2018
Local e Data

PROTOCOLO
RECEBIDO

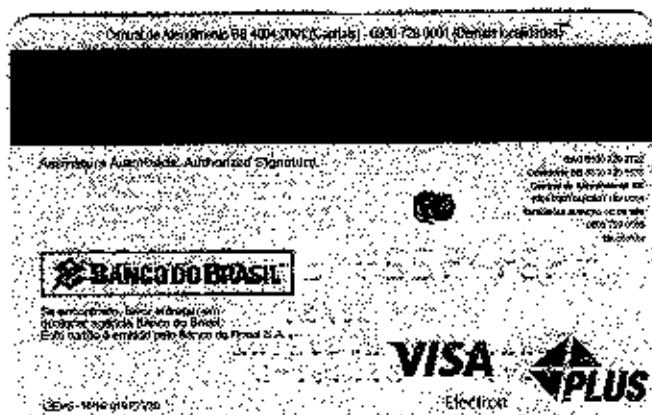
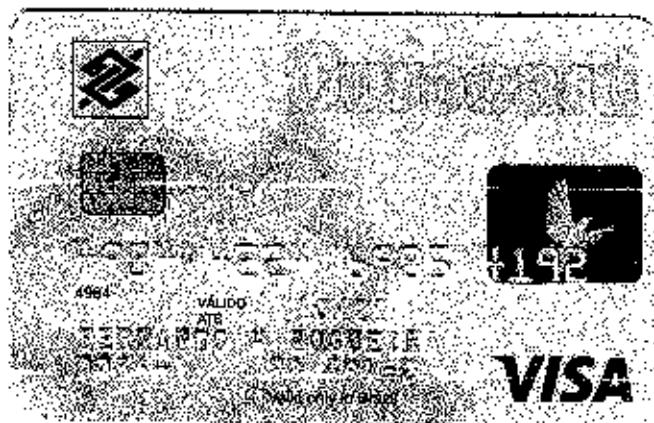
12 ABR 2018

TERRA DO SOL ADM
E COMERCIAL DE SECOS

Fernando Luiz Holanda Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201 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.

E 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 da ASL

CPF da Vítima

048.184.844-40

Nome completo da vítima

Fernando Luiz M. Nogueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:

Fernando Luiz M. Nogueira

CPF/Natural da conta

048.184.844-40

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua: Delânia, número:

Bairro:

Bom Jardim

Email:

Cidade:

Itapetininga

Número:

838

Estado:

SP

complemento:

00000

CEP:

09648-200

Telefone (DDD):

(018) 4999100-3001

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSOU INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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) CTIAF (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO:

Nome:

Banco do Brasil

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

10056

(Inserir dígito se existir)

28494

(Inserir dígito se existir)

2

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider, 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.

Fernando Luiz M. Nogueira de *2018* de *2018*

Lugar e Data

PROTÓCOLO RECEBIDO

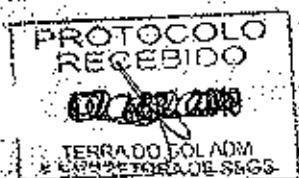
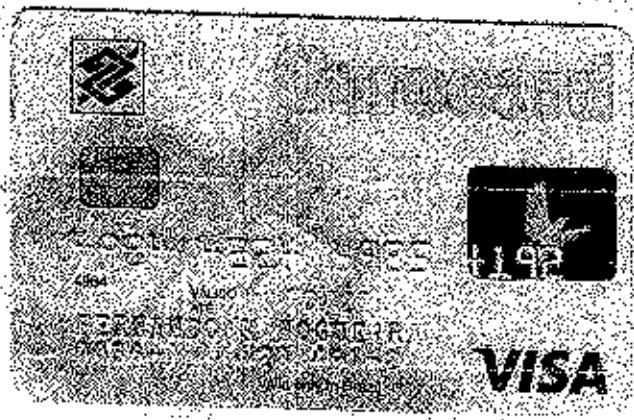
02/08/2018

TERRA DO SOL ACM

56000-000 - ITAPETININGA - SP

Fernando Luiz M. Nogueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
FAPPR 001 V001 2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





1 - LOCAL E DATA

Local Rodovia RN 117 Bairro Zona Rural
Cidade/UF CAIÇARA / RN P. Ref. Pact. a FEDERAÇÃO DE CUMAAMENTO
Data 10/10/2018 Hora de 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 D6-E 3051 Cidade MUSSURU UF RN
 Marca/Mod. SUV NOVO FOX 20 MB Cor BRANCA Ano 2016 / 2016
 Proprietário TESTE 2016 MOLANDA ALVES MOLLENTA Nº de Ocupantes 02
 Condutor FERNANDA LIMA MOLANDA MOLLENTA Data de Nasc. 27/10/1993
 Endereço R. DÉSIRÉ MARIE Nº 272 Fone (34) 98353 8366
 Bairro Ribeirão das Ostras Cidade MESQUITA UF RN
 CPF/Nº 048.139.844-40 CNH N° 005135550382 Validade 07/10/2018 Categoria B3
 Local de Trabalho CAEN Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. VERIFICADO Cor _____ Ano _____
 Proprietário SECÃO DE TRÁFEGO Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____
 Endereço Em. 102/102 Cidade _____
 Bairro 800 Fone _____
 CPF/Nº 000000000000 CNH N° _____ Validade _____ UF _____
 Local de Trabalho SECÃO DE TRÁFEGO Categoria _____
 End. SD. Departamento de Trânsito Fone _____
Matrícula: 202/021-1 Nº _____ Bairro _____ Cidade _____
PROTÓCOLO RECEBIDO
12 ABR. 2018

EMBRANCO

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ TERRA DO SOL ADM.
 Marca/Mod. _____ Cor _____ & COOP. DA SERRA (UF _____)
 Proprietário _____ Ano _____
 Condutor _____ Nº de Ocupantes _____
 Endereço _____ Data de Nasc. _____
 Bairro _____ Cidade _____
 CPF/Nº _____ CNH N° _____ Validade _____ UF _____
 Local de Trabalho _____ Categoria _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____
EMBRANCO

6 - VEÍCULO 04:

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

EMBRANCO

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Rua Della CN 117

Em que sentido? CARREIRAS DE CINERÂMICO EST SERT Em que faixa? DA MARGEM

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA RUA, QUANDO FONDEU O BRAÇO
PARA ENTRAR NA DECORAÇÃO DE UMA FESTA QUE TINHA NA PISTA E SUDE. ACABOU PRA
ACOSTAMENTO DA RUA. FOI TENTAR SUBIR A PINTA PEGOU O CANTO DO CARRO E
CABEÇA.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Luis Almeida Magalhães

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

VERIFICADO

SECÃO DE TRAFFEGO

Em, 15/02/11

SDT

SDT

SECÃO DE TRAFFEGO

Assinatura do Condutor do V3

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

3 - CONDIÇÕES DA VIA

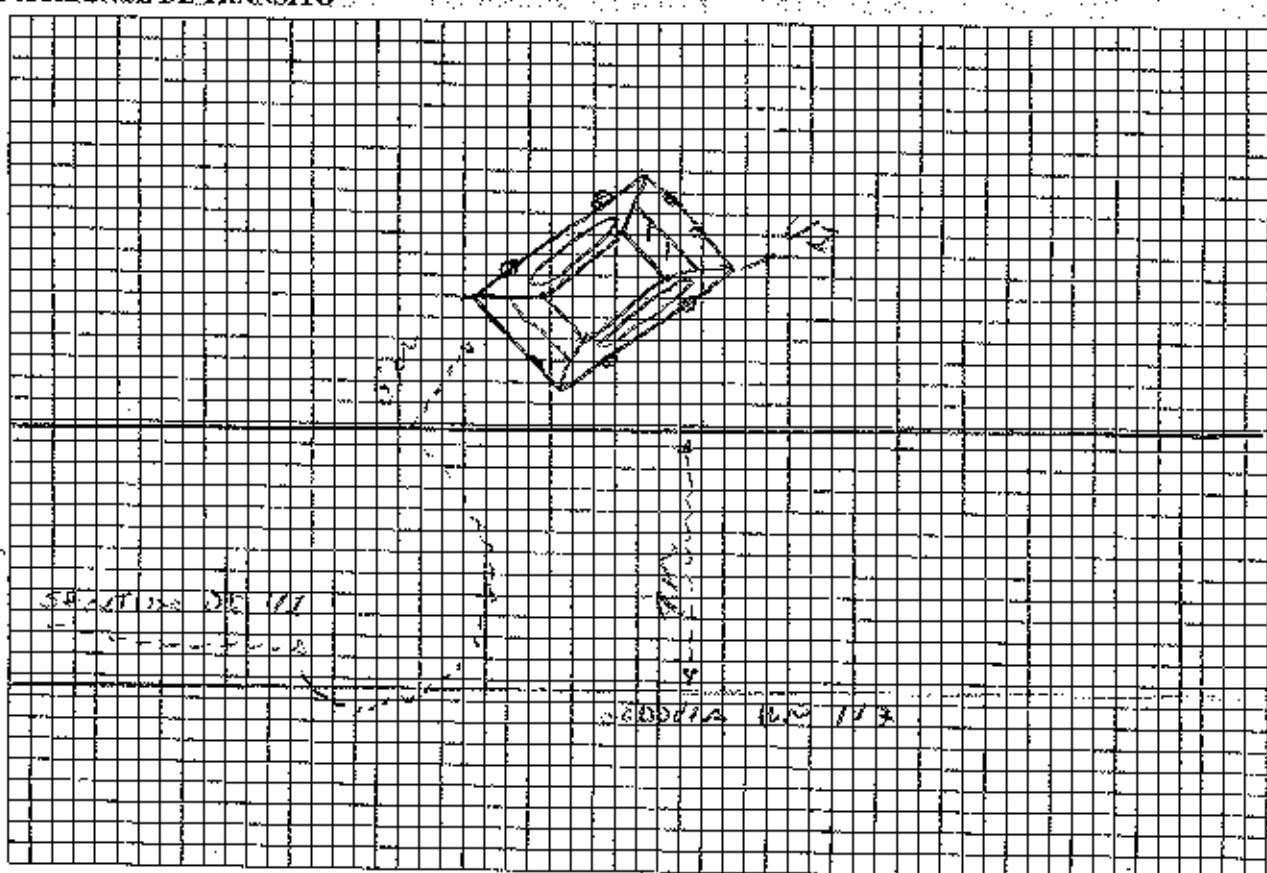
Luminosidade:	Coef. / Tempo:	Tipo da Terra:	Carreta / Pista:	Cada / Pista:	Sinalização:
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" 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"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada 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"/>

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em: 15/02/10

Setor de Estado de Minas Gerais
2º DPRE Mossoró-RN
POLÍCIA MILITAR CPRE 10/02/10

9 - CROQUIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

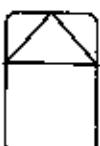
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



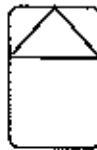
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

CAPÔ - FADA BABA DIRIJ. - PARA O LADO
DIANTE E TRASEIRA - PORTA DIANTE DIREITA
TETO - VIMOS DA DIREITA DIANTE DIREITA.
CACA, FAROL (2) PARA FRENTE
DIR. T. DIR. ELSA - REMOVER.
AC. REG.(2) PARTEIS ENT. E
MECANICA A VERIFICAR.

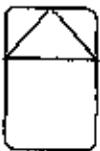


AVARIAS DO VEÍCULO 2



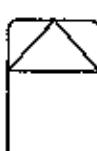
EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 3



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: _____

Testemunha:
Presenciou: Fato Registro

Nome: JANELEI PAZOLLA DA SILVA

RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: Nº 1125, Rua Leste

Bairro: MONTEIRO 17 DE MAIO

Versão: _____

Data de Nascimento: / /

Nº 5124 Fone: _____

UF: RN

Assinatura _____ Hora: _____

12- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre

Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha:
Presenciou: Fato Registro

Nome: VERIFICADO

RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: SECÃO DE TRÁFEGO

Bairro: EMB. 15/02/110

Versão: _____

Data de Nascimento: / /

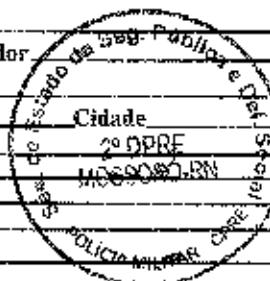
Nº 21 Fone: _____

UF: RN

(Assinatura)

Assinatura: SEDEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

Motivo: 202.021-1



EM BRANCO

Assinatura _____ Hora: _____

13- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre

Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha:
Presenciou: Fato Registro

Nome: _____

RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Versão: _____

EM BRANCO

Assinatura _____ Hora: _____

14- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre

Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha:
Presenciou: Fato Registro

Nome: _____

RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Versão: _____

EM BRANCO

Assinatura _____ Hora: _____

15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Versão: _____

EM BRANCO

Nº _____

Nº _____

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

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Foi VERIFICADO NO CORPO DA VÍTIMA TRANSTOR NA MARCHA Nº 119, H/2
SOMANDO CARREGAMENTO EXTRAVASADO. DIA 30/07/2010, E FORAM FEITAS DETERMINAÇÕES
MANIFESTOS PERDIDOS O CONTRATO DO S/DO CASO, FICOU FRENTE A PARTEIRA E CAIXA
NO SISTEMA COTUMEX DA UPA.
O CONDUTOR DE 17 E 2 PESSOAS FORAM CONDUZIDOS PARA UMA AMBULÂNCIA
PARA O HOSPITAL DE GORNAL DIA 30/07/2010, COM ALARME E COLETIVO SEU
Nº 16165817000 TESTE DE REACOES, FOI ESTABILIZADO E O PACIENTE FOI TRANSFERIDO PARA
O HOSPITAL FEDERAL DE RECIFE, PRA ESTABILIZAR SEU ESTADO DE SAUDE.
O VEICULO FOI DESTITUIDO DE LICENCA, POIS ESTAVA SEM SUA PLACA (17/BR/281).

Nome Completo do Agente: Tiago Alexandre Clementino

POSTO/GRAD.: SD On PM Nº 100020617 Viatura: TAM

Subunid.: 360018

Local e Data: MONTES, 13 de Outubro de 2010

(Assinatura do Agente de Trânsito)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 9203318

1 - LOCAL E DATA

Lugar RODÔPIA CN 117

Bairro ZONA URBANA

Cidade/UF CRACOLIX / RN

P. Ref. Padr. A ESTADO DE RIO GRANDE DO NORTE

Data 10/10/2018 Hora do acidente 20:30

Hora do registro 21:15

Dia da semana Sexta-feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal
- Colisão Lateral
- Colisão Posterior
- Colisão Transversal

- Capotamento
- Choque

- Atropelamento
- Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi PD-5 3251

Cidade Mossoró

UF RN

Marca/Mod. VW / VVW FOX GL M8

Cor BRANCA

Ano 2016

Proprietário TERESA ZINHA GOMES ALVES MOREIRA

Nº de Ocupantes 00

Condutor FERNANDA CRISTINA GOMES MOREIRA

Data de Nasc. 29/05/1983

Endereço RUA 10 DE JUNHO MOREIRA

Nº 278 Fone (84) 9 8353 8386

Bairro PORECA

Cidade Mossoró

UF RN

CPF/N^o 048.184.844-40

CNH N^o 005 935 523 77

Validade 22/9/2019

Categoria AB

Local de Trabalho SAOON

Fone _____

End. _____

Nº _____ Bairro _____

Cidade Andrade Neves

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. VERIFICADO

Cor _____

Ano _____

Proprietário SECÃO DE TRÂNSITO

Nº de Ocupantes _____

Condutor EM 102116

Data de Nasc. _____

Endereço _____

Cidade _____

Nome _____

Bairro _____

Nº _____ Bairro _____

UF _____

CPF/N^o 501

CNH N^o 000

Validade _____

Categoria _____

Local de Trabalho SECÃO DE TRÂNSITO

Fone _____

End. _____

Matrícula 202.000.1

EM BRANCO

PROTOCOLO RECEBIDO

CONFIRMADO

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. _____

Cor _____

Ano _____

Proprietário _____

Nº de Ocupantes _____

Condutor _____

Data de Nasc. _____

Endereço _____

Cidade _____

Nome _____

Bairro _____

Nº _____ Bairro _____

UF _____

CPF/N^o 501

CNH N^o 000

Validade _____

Categoria _____

Local de Trabalho _____

Fone _____

End. _____

Cidade _____

Nome _____

UF _____

EM BRANCO

PROTOCOLO

CONFIRMADO

07 JAN 2018

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. _____

Cor _____

Ano _____

Proprietário _____

Nº de Ocupantes _____

Condutor _____

Data de Nasc. _____

Endereço _____

Cidade _____

Nome _____

UF _____

Bairro _____

Nº _____ Bairro _____

Categoria _____

CPF/N^o _____

CNH N^o _____

Validade _____

Fone _____

Local de Trabalho _____

Cidade _____

Nome _____

UF _____

Nº _____ Bairro _____

Categoria _____

EM BRANCO

PROTOCOLO

CONFIRMADO

07 JAN 2018

VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/Av. Transitava Rodolfo Góes 117

Em que sentido? CARREIRA - O CONDUTOR DIZERIA DIREITO Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE PELA RUA, FAZENDO UM SÓ DETERMINADO MOVIMENTO, FUI DESPISSADO DE UMA PESSOA QUE TINHA NA PISTA E PODEU ACABAR PARA ACIDENTE. QUANDO FUI TENTAR SUBIR A PISTA PERDEU CONTROLE DO CARRO E COLIDIU.

Assinatura do Condutor do V1 João Pedro Belon

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

VERIFICADO	
SEÇÃO DE TRÁFEGO	
Em, 15/02/02	
S/	
SEÇÃO DE TRÁFEGO	

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V3

Marcador: 202.021-4

Sobre V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4

3 - CONDIÇÕES DA VIA

- Luminosidade
 Amanhecedo
 Pleno Dia
 Anoitecendo
 Noite c/ Iluminação
 Noite s/ Iluminação
 Iluminação Deficiente

- Cond./Tempo
 Bom
 Nublado
 Chuva
 Nebulosa
 Outros

- Tipo da Pista
 Asfalto
 Paralelepípedo
 Concreto
 Cascalho
 Terra

- Caract./Pista
 Reta
 Curva
 Aclive Ingreme
 Aclive Suave
 Declive Ingreme
 Declive Suave
 Lombada
 Cruzamento
 Rotatória
 Retorno
 Entroncamento
 Bifurcação

- Cond./Pista
 Seca
 Molhada
 Lhundida
 Poças d'água
 Oleosa
 Enxameada
 Em Obras
 Com Buraco
 Com Areia

- Sinalização
 Inexistente
 De Agente de Trânsito
 Do Semáforo
 Faixa do Pedestre
 Linha
 Placa(s)
 Lanchada eletrônica
 Vel. Máx. Permi. KM/H

VERIFICADO SEÇÃO DE TRÁFEGO

Em, 15/02/10

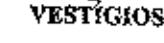
Setor de Trânsito
2º DPRE
Mossoró-RN

Matrícula: 202.021-1

9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÁRVORE



VESTÍGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA OU MOTO



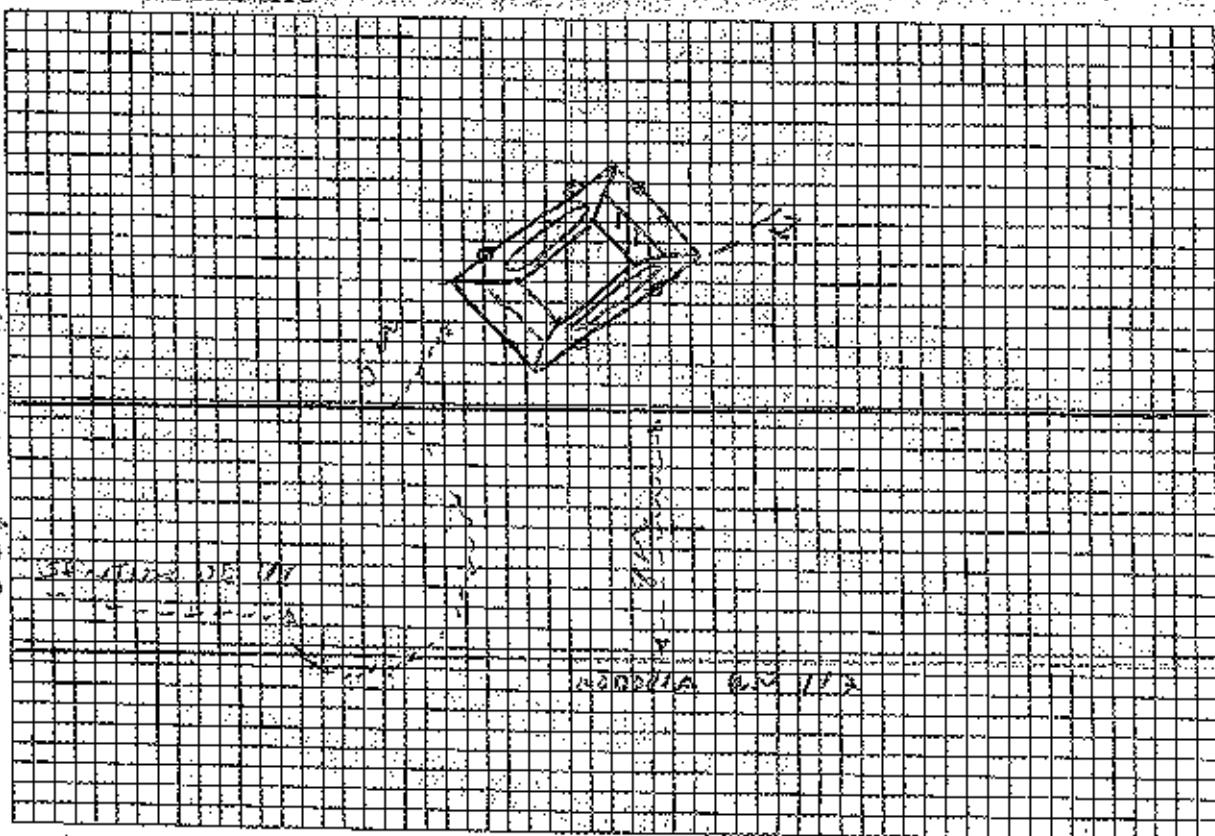
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ÔNIBUS



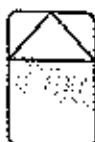
CARRETA



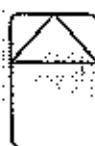
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

CABO - FALHA BARRA DIANT. - PARAFUSO
 DIANT. E TRASEIRO - PISTA DIANT. DR. 5 cm.
 TETO - VORO DA PESTA ANTES DR.
 FALHA FASEL (22) PARA CIMA
 DR. 5 cm. FALHA - RETROVISOR
 DR. BAG (22) COSTAS ENT. E
 PAREDES. A VERIFICAR.

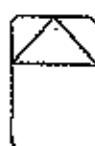


AVARIAS DO VEÍCULO 2



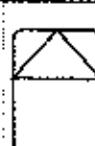
EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 3



EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



EM BRANCO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 Luís Holanda Mogaíra

CPF da Vítima

048.184.844-40

Data do Acidente

31/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

031 9 8830-3094

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 atende 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.

PROTOCOLO RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM E COMÉRCIO DE SEGS.

Mossoró, 20 de março de 2018.

Local e Data

Fernando Luís Holanda Mogaíra

Campo 1 - Assinatura do beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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

Fernanda Luis Holanda Mogaiva

CPF da Vítima

018.184.844-110

Data do Acidente

31/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email:

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

031 9 02836-3004

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prove do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI 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-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às costas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição da gratidão 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
00000000000000000000000000000000
TERRA DO SOL ADM E COMERCIO DE SEGUROS

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DATA: 02/01/2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOAT

1203818

1 - LOCAL E DATA

Local Rodovia RN 117

Cidade/UF CAICÓ/RN

Data 22/10/2013 Hora do acidente 00:30

Hora do registro 02:15

Bairro ZONA D'AREIA

P. Ref. Post. A ESTACADA DE CIMA A ENTR

Dia da semana Sexta-feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal
- Colisão Lateral

- Colisão Posterior
- Colisão Transversal

- Capotamento
- Choque



- Atropelamento
- Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi DB45E 3251

Cidade MARACAJAÚ

UF PI

Marca/Mod. VW / VOLKSWAGEN FOX CE MB

Cor BRANCA

Ano 2011

UF PI

Proprietário TELEZINHO SANTANA ALVES MACHADO

Nº de Ocupantes 00

Condutor FERNANDO LUIS VIANA MACHADO

Data de Nasc. 27/10/51/1983

Endereço R. DESENHISTA MARCELO

Nº 838

Fone (84) 99753 7746

Bairro BOA VIDA

Cidade MARACAJAÚ

UF PI

CPF Nº 048.184.844-43

CNH Nº 00593552372

Validade 09/10/14/2013

Categoria 43

Local de Trabalho CAPOV

End. _____

Nº _____ Bairro _____

Cidade MARACAJAÚ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. _____

Cor _____

Ano _____

Proprietário _____

Nº de Ocupantes _____

Condutor _____

Data de Nasc. _____

Endereço _____

VERIFICADO

SECÃO DE TRÂNSITO

Em 15/10/13

EMBRANCO

Cidade _____

UF _____

CPF Nº _____

Validade _____

Categoria _____

Local de Trabalho _____

Nº _____

Fone _____

End. _____

Bairro _____

Endereço _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. _____

Cor _____

Ano _____

Proprietário _____

Nº de Ocupantes _____

Condutor _____

Data de Nasc. _____

Endereço _____

Cidade _____

UF _____

Bairro _____

Validade _____

Categoria _____

CPF Nº _____

Nº _____

Fone _____

Local de Trabalho _____

Bairro _____

Cidade _____

End. _____

EMBRANCO

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Mod. _____

Cor _____

Ano _____

Proprietário _____

Nº de Ocupantes _____

Condutor _____

Data de Nasc. _____

Endereço _____

Cidade _____

UF _____

Bairro _____

Validade _____

Categoria _____

CPF Nº _____

Nº _____

Fone _____

Local de Trabalho _____

Bairro _____

Cidade _____

End. _____

EMBRANCO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA 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 ZALM QUINAZ

Cidade/UF SACARÉ/BA/BA

P. Ref. Prot. 6 ESTADO DE RIO GRANDE DO NORTE

Data 12/10/2018 Hora do acidente 00:30

Hora do registro 11:51

Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal
- Colisão Lateral
- Colisão Posterior

- Colisão Lateral
- Colisão Transversal

- Capotamento
- Choque



- Atropelamento
- Outro(s)

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi ABE-3257

Cidade MOSSEORÓ

UF (RN)

Marca/Mod. VW / NOVO FOX CL MS

Cor BRANCA

Proprietário TELEZIRI M. UOLANDA ALVES MOREIRA

Ano 2016

Condutor FERNANDO LUIS Holanda Moreira

Nº de Ocupantes 02

Endereço Ribeirão Minas

Data de Nasc. 29/10/1973

Bairro Brasília

Cidade MOSSEORÓ

UF (RN)

CPF/Nº 048.181.844-43

CNH Nº 0593552384

Validade 07/10/2017

Categoria B3

Local de Trabalho CAEN

Fone

End.

Nº

Bairro

Cidade ANDRADINA

UF (SP)

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi

Cidade

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

/ /

Endereço

/ /

Bairro

Cidade

UF

CPF/Nº

Validade

Categoria

Local de Trabalho

Fone

End.



EMBRANCO

PROTOCOLO RECEBIDO

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi

Cidade

TERRADO SOLADM

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

/ /

Endereço

Data de Nasc.

Bairro

Cidade

UF

CPF/Nº

Validade

Categoria

Local de Trabalho

Fone

End.

Cidade

UF

EMBRANCO

PROTOCOLO RECEBIDO

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi

Cidade

Aro

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

Data de Nasc.

Endereço

Cidade

UF

Bairro

Validade

Categoria

CPF/Nº

Fone

Local de Trabalho

Cidade

UF

EMBRANCO

PROTOCOLO RECEBIDO

TCM
TURBO-COMPRESSOR

00092441 - FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUEIRA
RUA DELFIM MOREIRA 878 CASA

Bom Jardim
MOSSORÓ - RN
59618200

Vencimento: 05/01/2018

ENVELOPE PARA NEVELOÇÃO

Brasília - Distrito Federal - CEP 70000-000
Av. Presidente Dutra, 28.000 - Edifício Presidente Dutra
CNPJ 00.11.222.000-00
Fax: (61) 3222-0000 - E-mail: envio@envio.com.br
Nossa Página: www.envio.com.br
Atendimento: 0800-643-0000
Fone: (61) 3222-0000

PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudança | <input type="checkbox"/> Arrependida |
| <input type="checkbox"/> Endereço Inacessível | <input type="checkbox"/> Entregado |
| <input type="checkbox"/> Não encontro localizado | <input type="checkbox"/> Inf. Envia pelo correio eletrônico |
| <input type="checkbox"/> Desenvolvimento | <input type="checkbox"/> Corrida |
| <input type="checkbox"/> RGD protocolado | |

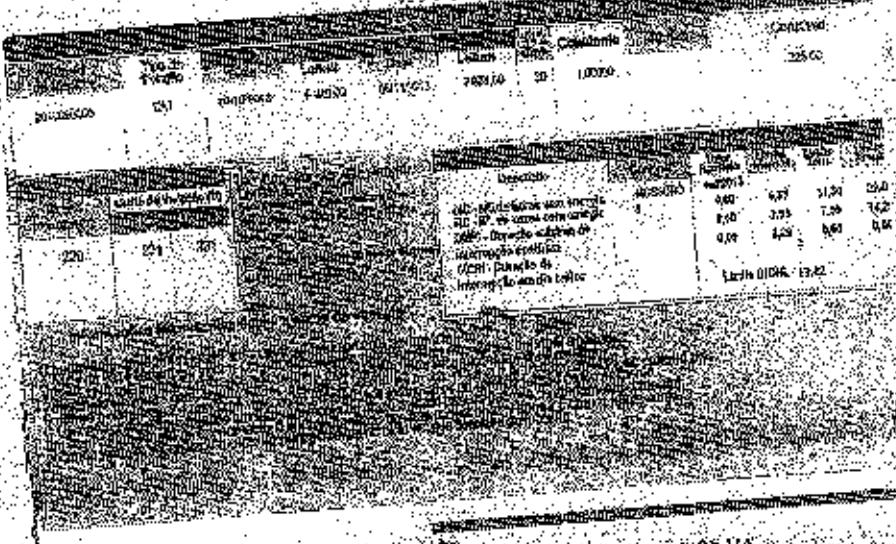
Registrado no Serviço Postal

Recomendado

PROTOCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.
E PROMOTORIA DE SEG'S



VANIELLY PRISCILA DA SILVA

cosern
Grupo Neoenergia



www.cosern.com.br

RUA VICENTE LEITE 190 - C

PLATALTO INIZÉ DE MAREMBA CIRENA
CEP 58130-000 - PARANÁ

Cópia Contato: 43 3020-1111
Medidor: 20110591100
Últ. Leitura: 100061119
Seqüência: 00298
Poste: 1000100

1002051642

PROTÓCOLO
RECEBIDO

12 ABR. 2018

TERRA DO SOL ALUM
E ESTAMPA DE SECOS



00092441 - FERNANDO LUIS HOLANDA NOGUE
RUA DELFIN MOREIRA 878 CASA
Bom Jardim
MOSSORÓ - RN
59618200
Vencimento: 05/01/2018

ENDEREÇO PARA DESEJO:

Brasília Centro de Comunicação Ltda.
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000
CEP 70130-002-02
Núm. 02 Bloco B, sala 2010, sala 2010
Mossoró - RN 59618-000
Referência: 00092441
Agência Correio de Mossoró - BA 00156017

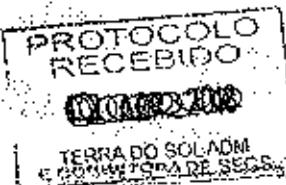
PARA USO DOS CORREIOS

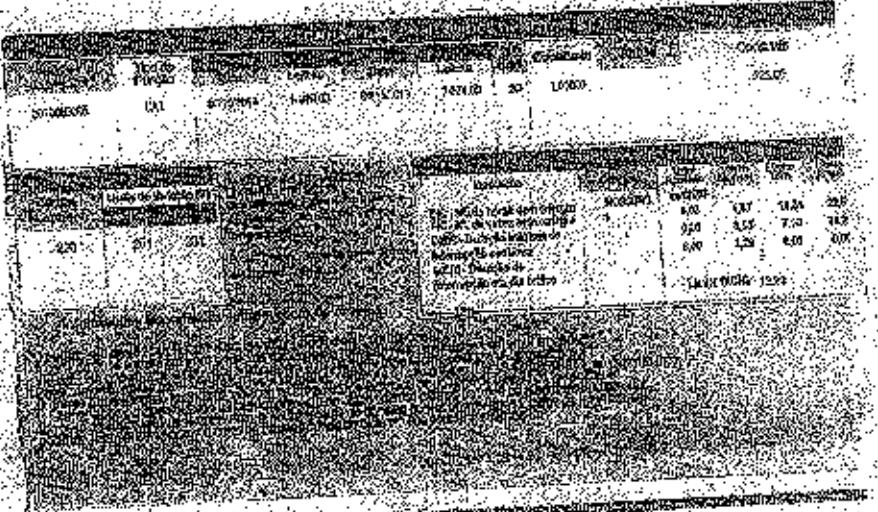
- Entrega
 Entrega para beneficiário
 Entrega com aviso de recebimento
 Entrega com aviso de abertura
 Entrega com aviso de entrega
 Entrega com aviso de recusa

- Arquivar
 Encaminhar
 Entregar para pessoa destinatária
 Outros

Assinatura do destinatário:

RODRIGO





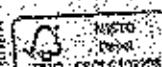
VANIELLY PRISCILA DA SILVA

cosern
Grupo Macenergia

CLIENTE LEITE 008-0

PLANO DE MANEJO URBANO
2018-2040 NOSSA VILA

Conta Contrato: 20002051642
Medidor: 13010015600
Un. Leitura: 0000000000000000
Sequência: 00020
Posto: 0000000000000000



www.cosern.com.br

20002051642
PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019

TERRA DO SOL ADM.
DE GESTÃO DE SEGS

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 JAN. 2019
TERRA DO SOL ADM.
DE GESTÃO DE SEGS