

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEY ALEXANDER DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04845

CONTA: 000000015829-9

Nr. da Autenticação 9EDF390DD9970328

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: NEY ALEXANDER DE FARIAS

Nº Sinistro: 3170619665

Vitima: NEY ALEXANDER DE FARIAS

Data do Acidente: 03/07/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170619665**.

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 12023729



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: NEY ALEXANDER DE FARIAS
Nº Sinistro: 3170619665
Vitima: NEY ALEXANDER DE FARIAS
Data do Acidente: 03/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170619665**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: NEY ALEXANDER DE FARIAS

Sinistro: 3170619665
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS
Data do Acidente: 03/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170619665** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo NEY ALEXANDER DE FARIAS	CPF titular da conta 037.606.624-55	Profissão PROFUSOR
Endereço RUA SERRAVALLE SIMONE LEA ROQUEIRA CHAGAS	Número 96	Complemento Q D-5 LT-11-CASA
Bairro NOVO HORIZONTE	Cidade MONTA ALEGRE	Estado RN
E-mail kyoma - guilherme@hotmail.com		Telefone (DDD) 84 3232 0721

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

☒ REDUZIDO 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV
(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.

Paranápolis-RN 22 de Outubro de 2017
 Local e Data

NEY ALEXANDER DE FARIAS

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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito 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").

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2017
GENTE SEGURADORA S/A
R. São Paulo, 2395 - Loja 4 - Natal - RN

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **037.606.624-55** Nome completo da vítima: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **NEY ALEXANDER DE FARIAS** CPF titular da conta: **037.606.624-55** Profissão: **AUTÔNOMO**
Endereço: **AV. ENFERMEIRA SYMONE LEA N. CHAGAS** Número: **96** Complemento: **QD. 5 LT**
Bairro: **NOVO MONTE** Cidade: **NOVO ALEGRE** Estado: **RN** CEP: **59.122-000**
Email: **neymar_dosmonte@hotmail.com** Telefone (DDD): **84 98778-3348**

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

☒ RECEISO 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO: **4845** D/V: **9** CONTA NRO: **15829** D/V: **9**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO NOME: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(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.

PARANÁ, 04 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

NEY ALEXANDER DE FARIAS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONTA ALEXANDRE (NARA)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

27/11/2017 HORA: 08:11:47
DATA EFETIVAÇÃO: 27/11
CONVENIO: 000599190
OPERADOR: Nara

AGENCIA: 4845
CONTA: 013.00015529-9
NOME: NEY ALEXANDRE DE FARIAS

VALOR: 5,00

COD OPERAÇÃO: 908319428

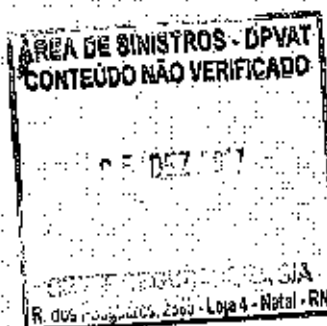
DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725.7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725.7474

caixa.gov.br



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Ney Alexander de Farias
Endereço do(a) Examinado(a): Av Enfermeira Symone Lea Nogueira Chagas, 96 Qd 05 Lt 11
Novo Monte Monte Alegre RN CEP: 59182-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001572483
Data local do exame: [22/12/2017] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR À DIREITA.
DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA COMPLETAMENTE E PARA MASTIGAÇÃO.**
a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDIBULA À DIREITA.
Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 1 ANO.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDIBULA.
Complicações: NÃO APRESENTOU.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAL.
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() “Vítima em tratamento” () “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações
b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): **LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS** Região Corporal (Sequela):
% do dano: **(X) 10% residual** () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ural de Oliveira
 CPF - 662.855.349-34
CRM/RN - 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fls. _____

POLÍCIA CIVIL

1ª DRP – São Paulo do Potengi/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN

Av. Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - fone: 3276-288

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 1387/2016 – DPMA****Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO****Local: Bairro da Esperança RN 316 – Monte Alegre/RN****Data e Hora do Fato: 03/07/2016, por volta das 15:30 horas****Comunicante/Vítima: Ney Alexander de Farias Sexo: M Est. Civil: Solteiro****Filiação: Francisco Assis de Farias e Maria da Penha da Silva****Natural de: Natal/RN Nascido em: 29/06/1977 Idade: 39 Anos****RG: 1.572.483 SSP/RN CPF: *********Endereço: Rua Enfermeira Simone Leia nº96 – Novo Monte – Monte Alegre/RN****Profissão: Garç Telefone: 84-99839-8416****Autor(a) do fato: A esclarecer****Prejuízo: Prejudicado****HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:**

A Vítima compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima mencionado, estava indo para casa em sua bicicleta e na altura da RN 316, próximo ao posto de saúde Novo Monte, uma motocicleta o atingiu; QUE quando a motocicleta o atingiu, a Vítima ficou desacordada; não sabe quem o socorreu, mas lembra de ter acordado com várias pessoas o segurando, sabendo identificar quem são tais pessoas; QUE ao chegar em casa, foi ao médico e lá passaram alguma medicação, QUE devido a dor e nada resolver nos médicos da cidade nem ao Hospital Deoclécio Marques, resolveu ir ao Hospital Walfredo Gurgel em Natal, conforme Boletim de Atendimento de Urgência nº BAA 195988 apresentado nesta Delegacia; QUE diante da gravidade, resolveu registrar Boletim de Ocorrência e solicitar Seguro DPVAT. Nada acrescentando.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

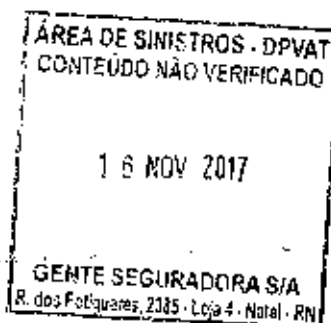
Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência e orientado a procurar os órgãos competentes.

Monte Alegre/RN,

11 de agosto de 2016, às 10h21min.

Ney Alexander de Farias
Comunicante

MAYKSON CARDOSO DE ANDRADE
Agente de Polícia Civil – Mat. Nº 194.23



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, NEY ALEXANDER DE FARIAS, portador da carteira de identidade nº 1.572.483 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.606.624-55, residente e domiciliado na AV. ENFERMEIRA SYMONNE LEA NOGUEIRA CAGAS, 96, Cidade Monte Alegre, Estado R. N, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

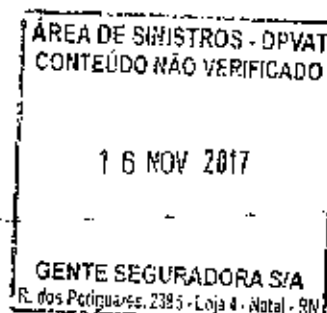
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

NEY ALEXANDER DE FARIAS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paranaguá - RN 27 de outubro de 2017

Local e data





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE	NEY ALEXANDER DE FARIAS		
DATA DE ENTRADA	03/08/2016	HORA	16:40
IDADE	39	SEXO	M
CARTÃO SUS	700002471255800	ETNIA	Pardo
		ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CPF	- RG 1572483 - ITEP		
NOME DA MÃE	MARIA DA PENHA DA SILVA		
NOME DO PAI	FRANCISCO ASSIS DE FARIAS		
NASCIMENTO	29/06/1977	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 9839-8416	PROFISSÃO	Gari
RUA/AV.	SIMONE LEIA Nº 96	BAIRRO	Centro
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Monte Alegre-RN
CEP	59182-000	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - bicicleta
ORIGEM	Ambulância - SAMU	USUÁRIO	Lucia
ACID. DE TRABALHO	Não		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito com moto - bicicleta

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

22/22

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Polígonos, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

CONFERE CO
NATAL RN, 04.08.2016
SESAP. MAT. Nº 151828

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de tíbia e fêmur

CID

*03/08/16
Seymour*

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAME FÍSICO

16 NOV 2017

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

GENTE SEGURADORA S/A

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

R. v. 05 P. 01/01/2017 - Loja 4 - Natal - RN

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



0016

Companhia de Seguros

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MEY ALEXANDER DE FARIASRG nº 1.512.483, data de expedição 31/08/94, Órgão ITEP - RN,

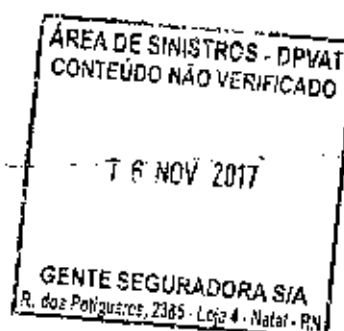
CPF nº 037.606.624-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ENFERMEIRA SIMONE LEA NOGUEIRA C.</u>
Número	<u>96, RD.S, LT-11</u>
Apto / Complemento	<u>CASA - LOTEAMENTO</u>
Bairro	<u>NOVO MONTE</u>
Cidade	<u>MONTE ALEGRE</u>
Estado	<u>R-N.</u>
CEP	<u>59182-000</u>
Telefone de Contato	<u>98859-5843-3272-0721</u>
E-mail	<u>KIOMA_GUILHERME@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 27 DE OUTUBRO DE 2017 - PARNAGIRIM / RN

Assinatura do Declarante:

MEY ALEXANDER DE FARIAS



0015

CARNÊ DE PAGAMENTO



CIC SANTO ANDRÉ SPN (MTL) CID / COD PARNAMIRIM RN 551

704/01

20023670720
KIOMA E S GUILHERME
AV TEN CORDEIRO 431
BOA ESPERANCA
59140-610 PARNAMIRIM - RN



740628852839369000000070430200816

Saiba mais sobre seu financiamento.
Serviços para facilitar seu dia a dia

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PROVEADOR

Assinado digitalmente por
SANTANDER FINANCIAMENTOS

01/04/2017

Assinado digitalmente por
SANTANDER FINANCIAMENTOS



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 KIOMA GILK DOS S. GUILHERME inscrito (a) no CPF 062.617.564 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NEY ALEXANDER DE FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.606.624/55 do sinistro de DPVAT cobertura INURMI DEZ da Vítima NEY ALEXANDER DE FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.606.624/55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

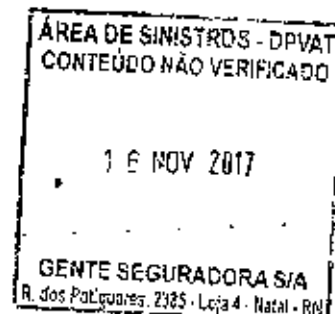
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R. TANGARA CARDOSO</u>		Número <u>431</u>	Complemento <u>CPA</u>
Bairro <u>BOA ESPERANÇA</u>	Cidade <u>PARNAMIRIM</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.140-630</u>
Email <u>KIOMA - GUILHERME @ KOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>84.3232 0321</u>	Telefone celular (DDD) <u>84.99476 6218</u>

PARNAMIRIM - RN 27 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

KIOMA GILK DOS S. GUILHERME
Assinatura do Declarante





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE NEY ALEXANDER DE FARIAS
DATA DE ENTRADA 03/08/2016 **HORA** 16:40 **Nº BAA** 195-08

IDADE 39 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 700002471255800 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)

CPF - **RG** 1572483 - ITEP
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA DA SILVA
NOME DO PAI FRANCISCO ASSIS DE FARIAS
NASCIMENTO 29/06/1977 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE (84) 9839-8416 **PROFISSÃO** Gari

RUA/AV. SIMONE LEIA Nº 96

COMPLEMENTO - **BAIRRO** Centro

CEP 59182-000 **CIDADE** Monte Alegre-RN

ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - bicicleta

ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Lucia

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente com queda de bicicleta

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

22/22/22

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. das Palmeiras, 2285 - Loja 4 - Natal - RN

CONFERE CC
NATAL RN, 04-08-2016
SESAP. MAT. Nº 151826

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de rádio

CID

03/08/16
Luciano

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

ÁREA DE CONHECIMENTO - EP/AT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

16 JUN 2017

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

GENTE SEGURADORA S/A
2 dos Petrópolis, 2225 - Setor 1 - Natal - RN

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESIACAK

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (CALLE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS) 3 - PEÇA (OU DESFIBRILADOR) 4 - ABRIGA VIA AÉREA, 5 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FÊMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE) 7 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRIMISSÕES TORÁCIAS 8 - AVALIE NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO 9 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FÊMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE) 10 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRIMISSÕES TORÁCIAS 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS 12 - PARAR RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR - OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECL. PRÉCIPUAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN. 04/10/2016
SESAF MAT. Nº 3688

AVERTÊNCIA TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberto (Despertar) (G0)	
Olhos se abrem espontaneamente	4
Olhos se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, ex: "olhe para mim")	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MBV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, local e data)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala absurda, mas sem uma lógica conversacional)	3
Sem fala verbal, (Comando sem falar ou palavras passivas)	2
Almofada	1
Melhor resposta motora (MBM)	
Obedece a ordem verbais, e faz todos os movimentos quando um é ordenado	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Resposta motora a dor	4
Perfuração de dor (Desorientação)	3
Perfuração de dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	9-10 = 3
	6-8 = 2
	3-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	30 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - grave (incapacidade de resposta verbal)
02 - moderado
01 - leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1976;2:91-94

* A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. As Escalas de Glasgow e de Coma de Glasgow são utilizadas para a classificação da gravidade do TCE com base nos seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

* Exemplo de Triagem Revisada (RTS): Após testes de triagem para sintomas de lesão de cabeça, a triagem de Glasgow H.A. Saco, M.L. Lopes, et al. A revisão de the Trauma score, J. Trauma 2003; 54: 1081.



PEDIDO DE EXAME

Nome: Nei Alexandri de Jesus Matrícula: _____
Idade: 39 Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____
Sexo: M SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

Rx de mancha branca ☒ Tumor
☒ lateral obliqua D e C de m

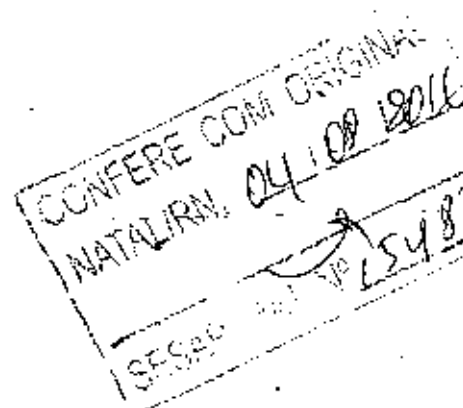
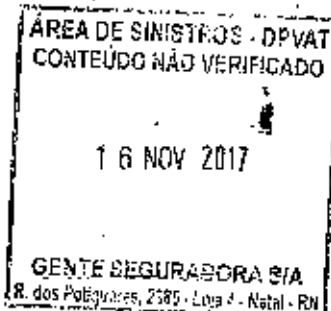
INDICAÇÃO CLÍNICA

Fratura de condilo D 9

Requisitante: _____

CRM: _____

Data: 21, 07





Nome: NEY ALEXANDER DE FARIAS

CPF: 1.572.483-55

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Ma de inscrição: 037606624-55

Data de nascimento: 29/06/1977

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS DO BRASIL

REGISTRO: 1.572.483

Nome: NEY ALEXANDER DE FARIAS

Francisco Assis de Farias

Maria da Perha da Silva

Natal RN

29.06.1977

DATA DE NASCIMENTO

Cert. denasc. nº 20.326 lival79 fls 400

5º cart. de Natal RN

7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TELAÇO GENÉRIOS DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO





NEY ALEXANDER DE FARIAS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A

R. dos Pediqueiros, 2305 - Loja 4 - Natal - RN

Procurador



0012

Procurador de Justiça

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

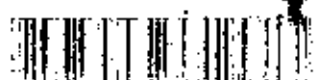
15178484

VED. OBRIGATORIO
LICENCIAMENTO CIVIL PARA TODOS OS FINES LEGAIS
(ART. 13 DO LEI Nº 8.912/84)



ASSINATURA DO PORTADOR

Thiana Gull dos S. Guilherme



CONSERVAÇÕES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Patriarcas, 2385 - Loja 4 - Natal - RN



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
TÍTULO 1428 DE ABOGADO

NOME

WILMA BELE DOS SANTOS OLIVEIRA

FILIACAO

JACED BATISTA DE LEME
MAG A FERREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

NATAL-RN

RG

345874 - 551110

OPORTUNIDADE DE TRABALHO

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

02/04/1983

CPF

062.617.564-06

VIA

01 16.11.2016

14340
14340

OPB-RN 14.340

RG: 2448874

CPF: 062.617.564-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619665 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619665 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA COMPLETAMENTE E PARA MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDÍBULA À DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

OUTORGANTE:

Nome: NEY ALEXANDER DE FARIAS
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: COMPANHEIRO
 Identidade: J. 572. 483
 CPF: 037. 606. 624-55
 Profissão: AVOADO
 Endereço: RUA. ENFERMEIRA SIMONE LEE NOBUKIDA CRACOL
 CEP: _____
 Telefone: (84) 99152-6868 (ZAP)

OUTORGADO:

Nome: KIANA GABRIEL DO S. CUNHA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 2448234 - OAB - RN 14.340
 CPF: 062. 617. 564-06
 Profissão: ADVOGADO
 Endereço: AV. TENENTE CORDEIRO Nº 431, B. ESPERANCA, Parnamirim - RN
 CEP: 59140-610
 Telefone: _____

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima.

04/09/2017

Local e data

* NEY ALEXANDER DE FARIAS

Assinatura do OUTORGANTE

[Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro]



20

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS



PAIVA AMARAL
 TABELÃO: MIRENE JOYCE AMARAL DE PAIVA
 Av. Brasília, 10 - B. L. 100 - CEP: 59050-000 - Parnamirim - RN - Tel: (84) 3259.3200 / 3276.2200

Reconheço por autenticidade a firma de NEY ALEXANDER DE FARIAS

Parnamirim/RN, 14/09/2017
 Em testemunho da verdade. Emol: R\$ 2,34

ANA SUFIA NUNES - Substituto

*Firma somente com selo de autenticidade

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Policiais, 2305 - Loja 4 - Natal - RN