



Número: **0822013-09.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **27/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 26.589,58**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON MENDES DA SILVA (AUTOR)		ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35038 339	27/11/2018 16:50	<a href="#">01 - PROCURAÇÃO</a>	Procuração
35038 352	27/11/2018 16:50	<a href="#">02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
35038 361	27/11/2018 16:50	<a href="#">03 - DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
35038 377	27/11/2018 16:50	<a href="#">04 - AVISO DE SINISTRO</a>	Documento de Comprovação
35038 399	27/11/2018 16:50	<a href="#">05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
35038 407	27/11/2018 16:50	<a href="#">06 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
35038 423	27/11/2018 16:50	<a href="#">07 - FORMULÁRIOS - SEGURADORA LÍDER</a>	Documento de Comprovação
35038 458	27/11/2018 16:50	<a href="#">08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR</a>	Documento de Comprovação
35038 466	27/11/2018 16:50	<a href="#">09 - CARTA EDILSON MENDES DA SILVA</a>	Documento de Comprovação
35306 376	06/12/2018 22:18	<a href="#">Decisão</a>	Decisão

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

*Edison Mendes da Silva, brasileiro, casado, tratado-  
ta, portador do RG nº 001.557.184 SSP/RN e CPF  
nº 021.992.554-25 Residente e domiciliado na URJ,  
Quadra 11, casa 07, Vila Maísa, CEP: 59600-001,  
Zona Rural de Mossoró - RN.*

**OUTORGADO:** Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró-RN, 15 / 05 / 2018.

*\*Edison Mendes da Silva*  
OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎ (84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

*Edilson Mendes da Silva, brasileiro, casado, tratado, portador do RG. nº 001.557.184 SSP/RN e CPF nº 021.992.554-25, residente e domiciliado na UR1, quadra 11, casa 07, Vila Maísa, CEP: 59600-001, Zona Rural de Mossoró - RN.*

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 - Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 15 / 05 / 2018.

*\*Edilson Mendes da Silva*

DECLARANTE



A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de trânsito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a perícia médica para confirmar minha seqüela. Afirmando ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

y. *Abel Icaro Moura Maia*





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 324/2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito.

LOCAL DO FATO: Br 304, próximo a maisa, zona rural/Mossoró/Rn.

DATA E HORA DO FATO: 26/04/2018, 20:50hs.

DECLARANTE: EDILSON MENDES DA SILVA

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Q-11, CASA 07,UR,01-07,vila maisa/zona rural /Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1974

DOCUMENTO: RG nº001.557.184/SSP/RN

TEL: (84) 99432-6917

VÍTIMA: Ele declarante.

NOTICIADO:

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

O declarante veio relatar nesta unidade, que nesta data, hora e local supra citado, conduzia uma motocicleta marca Honda CG125 Titan, cor vermelha, ano e modelo 1997, placa MYU-6768/Rn, cuja documentação se encontra em nome de Sérgio de Souza Martins, quando saía do trabalho para casa, se envolveu em um acidente de trânsito, colidindo com um animal na via, e teve lesão corporal, foi socorrido por populares, ate uma unidade de pronto atendimento, de onde veio comprovar através de prontuário médico. Nada mais disse. Solicita o presente para fins de seguro DPVAT.

OBS: todas as informações constantes neste B.O. são de inteira responsabilidade do comunicante. Dada e passada nesta Delegacia de Polícia Civil aos 14/05/2018, as 11:15hs.

*Edilson Mendes da Silva*

ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL

**5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE**  
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública - Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício  
Rua Cal. Vicente Salgado, 87-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59400-120 - Telefone: (84) 3316-1940 - E-mail: voficinasnotarial@hotmail.com

RECONHEÇO por SEMELHANÇA a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es)

EDILSON MENDES DA SILVA

Registro 82 038 00028512

Mossoró/RN,

16 de maio de 2018.



apcRegina Fatima

☐ Fabiana da Silva Magalhães ☐ Kessia Valéria de S. Galdino ☐ Alka Tânia de Sena A. Souza  
Válido somente com selo de autenticidade. Emolumentos R\$2,97 (Resolução nº 04/2018-TJRN, de 21/02/2018)



Companhia Saneamento de Mossoroó S.A. - COSERN  
Rua: 12 de Junho, 150 - Jd. São José - Mossoroó - RN - CEP: 59600-001  
Fone: (51) 3625-1111 Fax: (51) 3625-1112 E-mail: atendimento@cosern.com.br

MARIA DE JACIRA DA SILVA FRANCA

VII UNIDADE RESIDENCIAL 7 11 SL-7

CPF 010 740 624-18

MAISA/AREA RURAL  
MOSSOROÓ RN  
59800-001

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mossoroó

CONTA CONTRATO 0856217949 MÊS/ANO 04/2018

Nº DA NOTA FISCAL 005913765

SÉRIE ÚNICA

DATA DE EMISSÃO 24/04/2018

DATA DE VENCIMENTO 02/05/2018 DATA PARA PAGAMENTO 24/05/2018

APROVAÇÃO 24/04/2018 Nº DO CLIENTE 3000809542 Nº DA INSTALAÇÃO 598000

TOTAL A PAGAR (R\$) 98,66

	CONSUMO ATUAL (KWh)	CONSUMO ANTERIOR (KWh)	CONSUMO MÊS ANTERIOR (KWh)
Consumo Atual (KWh)	186,000000	0,64712731	90,27
Contribuição Iluminação Pública			6,39
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>98,66</b>

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	N. DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
53208		24/03/2018	99728,00	24/04/2018	100591,00	31	1,00000		186,00

  

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/ANO kWh		
ABR 18 155		
MAR 18 155		
FEV 18 156		
JAN 18 156		
DEZ 17 156		
NOV 17 152		
OUT 17 178		
SET 17 156		
AUG 17 153		
JUL 17 153		
JUN 17 164		
MAI 17 155		
ABR 17 157		

  

Consumo Atual (KWh)	186,00	0,64712731	0,42407836
---------------------	--------	------------	------------

  

3C11 C6C4 RD2A EBC05 B6A7 3EDD 7683 6C34
--

A partir de 2004, tanto consumidores residenciais quanto comerciais, a tarifa de energia elétrica é calculada com base no consumo de energia elétrica em kWh. O pagamento desta tarifa é efetuado através de boleto bancário emitido pela Companhia Saneamento de Mossoroó S.A. - COSERN. Para mais informações, consulte o site: [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo.

Não existem débitos de 2017 e 2018 anteriores. Esta declaração é emitida para comprovar o pagamento das contas de consumo de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor e a conservação do mesmo.

VARIAÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
MASSA	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85

CONTA CONTRATO 0856217949 MÊS/ANO 04/2018 DATA DE 02/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 98,66

83600000000-9 98660038400-9 85621794920-3 00968490433-4



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

Edilson Mendes da Silva

CPF da Vítima

021.992.554-25

Data do Acidente

26/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Antônio Wellington da Costa Filho

E-mail

abelmaiaadv@gmail.com

CPF do Representante legal

104.061.604-65

Telefone (DDD)

(84)9.8773-3770

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mossoró/RN, 16 de maio de 2018

Local e Data

Edilson Mendes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antônio Wellington da Costa Filho

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 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

021.992.554-25

Edilson Mendes da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Edilson Mendes da Silva		CPF titular da conta 021.992.554-25	Profissão Motorista
Endereço UR1, Quadra 13, casa 07, Vila Maia		Número 07	Complemento Zona Rural
Bairro Area Rural	Cidade Mossoró	Estado RN	CEP 59600-003
Email abel.maiaadiv@gmail.com		Telefone (DDD) (84) 9.5733.3770	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 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. 0560 D/V 013 CONTA NRO. 00018679 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.

Mossoró/RN, 16 de maio de 2018  
Local e Data

Edilson Mendes da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Wellington Da Costa Filho  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Wellington da C. F. inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604/65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.992.554/25, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Edilson Mendes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.992.554/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ 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		Número	Complemento
<u>Rua Santa Elza</u>		<u>14</u>	<u>Santa Elza</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ara Rural</u>	<u>Mossoro</u>	<u>RN</u>	<u>59600-001</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>abelmaiaadiva@gmail.com</u>	<u>(84) 3316-5699</u>	<u>(84) 9.8773.3770</u>	

Mossoro/RN, 15 de maio de 2018  
 Local e Data

Antônio Wellington da Costa Filho  
 Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilson Mendes da Silva,

RG nº 001.557.184, data de expedição 03/08/2016 Órgão SSP/RN,

CPF nº 021.992.554-25, 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>UR1, Quadra 11</u>
Número	<u>casa 07</u>
Apto / Complemento	<u>vila maia</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>mosoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59600-001</u>
Telefone de Contato	<u>(84)9.8773-3770 / (84).3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaadiva@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: mosoró - RN 15/05/2018

Assinatura do Declarante: Edilson Mendes da Silva



## Declaração A Seguradora Líder Dos Consórcios Do Seguro DPVAT

Eu, Edilson Mendes da Silva,

Brasileiro, casado, tratorista, portador do RG de Nº 001.557.184 e CPF de Nº 021.992.554-25, Vítima de acidente de trânsito dia 26/04/2018 no veículo moto Honda CG-125 Titan de placa MYU-6768/RN, onde eu era condutor, de propriedade de Sergio de Souza Martins, VENHO aqui informar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO Solicitada pela SEGURADORA LÍDER por um destes motivos abaixo marcado.

( ) o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

(X) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à seguradora Líder por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do meu processo de invalidiz, pois eu não posso ser prejudicado por um destes motivos acima.



Edilson Mendes da Silva

DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Mossoró - RN, 16 de maio de 2018

**5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE**  
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notário Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício  
Rua Cel. Vicente Salgueiro, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefones: (84) 3316-1940 - E-mail: voficiomossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):  
EDILSON MENDES DA SILVA - Registro 0106 185 00038966  
Mossoró/RN, 16 de maio de 2018.

Sauzo

( ) Fabiana da Silva Magalhães ( ) Keila Valéria de S. Galdino ( ) Aliza Lúcia de S. A. Souza  
Válido somente com selo de autenticidade. Emolumentos R\$2,97 (Resolução nº 04/2018-1-JuRN, de 21/02/2018)

ANEXO 01  
Selo de Autenticidade  
FIRMA 1  
AIT-079588



# P o l i c l í n i c a

Médica de Mossoró

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente Edilson Moura da Silva

Foi examinado nesta unidade às 9 horas, necessitando  
de 30 ( trinta ) dias de afastamento do trabalho,  
a partir desta data. C.I.D.: S30.1

Mossoró/RN, 30 de Novo de 2018.

  
ASSINATURA

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do  
RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para  
justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**POLICLÍNICA MÉDICA**  
Rua João Pessoa, 68-Centro  
Fone: 84 3321 5040

## BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 10477 /2018

Admissão: 26/04/2018 21:39:52

(OK)

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 9698 - EDILSON MENDES DA SILVA (43 a 7 m 5 d)

Nascimento: 21/09/1974

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708004381359429

CPF: 02199255425

Prof:

Mãe: EURIDES MENDES DA SILVA

Pai: JULIO MENDES DASILVA

Logradouro: MAISA QUADRA 11 CASA 7 UR 1, 7

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.994326967 84 994326967

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:

Classificação: 26/04/2018 21:36:14 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO-ANIMAL. REFERE DOR EM PÉ DIREITO, JOELHO ESQUERDO, ESCORIAÇÃO EM QUADRIL ESQUERDO.

Hora: 21:40

Paciente vítima de colisão moto-animal há ± 1 hora com o uso de capacete. Negs uso de bebida alcoólica. Negs náuseas, vômitos, tonturas e perda de consciência. Refere dor em mãos D, pé D, joelho E. Negs alergia a medicamentos. Traziêdo ao serviço sem protocolo.

A - vias aéreas pervias, sem cervicalgia

B - MVD de 11 cm de ápice a base, expansibilidade preservada

C - sem sinais de limitação passiva, dígito instabilidade, hemodinâmica

D - ECG normal, pupila isocóricas e fotoreagentes

E - escoriações em joelho E, palma de mãos E, cotovelos e região inferior do dorso

Condição: Solicite Rx de Tórax

Diagn. Inicial: Politrauma

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

① Dieta zero

② S.F.O. 9% 1000ml EV 34 gotas/min

③ Dipiridamo 2ml + 8ml de ABD

500 500

23:05

HOSPITAL REGIONAL DE MOSSORO  
ESTA COPIA É ORIGINAL  
34ME MOSSORO 14/05/2018

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc. outro Serviço; ( ) Evasão

Data: \_\_\_/\_\_\_/18. Hr: \_\_\_:\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 26 de Abril de 2018.

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.161-RN

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON MENDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180327307**

Vítima: **EDILSON MENDES DA SILVA**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180327307**.

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 13133326

Pag. 01701/01702 - carta\_01 - INVALIDEZ





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

---

Processo: 0822013-09.2018.8.20.5106  
Parte Autora: AUTOR: EDILSON MENDES DA SILVA

Parte Ré: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### DECISÃO

Vistos etc.

Edilson Mendes da Silva, qualificado na exordial, apresentou o presente pedido de TUTELA DE URGÊNCIA sob os seguintes argumentos: a) a probabilidade do direito está evidenciada, pois de forma irrefutável a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação com o acidente sofrido; b) o perigo de dano está presente visto que o demandante encontra-se em estado de vulnerabilidade; c) alega, ademais, que o deferimento da medida não torna irreversível a situação.

Neste contexto, pleiteia o deferimento da tutela com o escopo de que a perícia seja imediatamente realizada no autor, sob pena de multa diária.

É o breve relatório. Decido a seguir.

Na sistemática do Novo Código de Processo Civil, a Tutela de Urgência prevista no art. 300 está assim disciplinada:

*“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.”*

Nesta linha argumentativa, passemos à análise da aferição dos requisitos hábeis à concessão da medida, senão vejamos.



No que concerne ao *fumus boni iuris*, a simples alegação de que a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação não autoriza, por si só, a concessão do pleito. Saliente-se que não houve juntada aos autos de documentos que indicassem uma situação excepcional no presente processo de DPVAT que justificasse a concessão da realização de perícia em sede de tutela de urgência.

Por outro prisma, o *periculum in mora* também não se encontra presente por ausência de demonstração no petitório. É oportuno frisar que a lesão necessita estar devidamente consolidada para submissão à perícia judicial, precipuamente para se aferir se é de caráter temporário ou permanente, sendo oportuno uma demonstração de uma situação excepcional hábil à realização da perícia com urgência, por exemplo, caso a parte autora estivesse em estado gravíssimo de saúde.

Assim, **INDEFIRO a tutela de urgência pleiteada.**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 30(trinta) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

Publique-se. Intimações necessárias.

MOSSORÓ /RN, 6 de dezembro de 2018

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)