



Número: **0806632-24.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **24/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MENDONCA DA SILVA (AUTOR)		ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46218661	08/07/2019 18:28	<a href="#">Petição juntada de documentos</a>	Petição
46218795	08/07/2019 18:28	<a href="#">2603889 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Documento de Comprovação
46219113	08/07/2019 18:28	<a href="#">2603889 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Documento de Comprovação

Petição e documentos anexos



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN**

**Processo:** 08066322420198205106

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MOSSORO, 27 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**  
**11929 - OAB/RN**

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180255956**

Vitima: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Data do Acidente: **21/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180255956**.

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 12917717

Pag. 01355/01356 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180255956**  
Vítima: **ANTONIO MENDONCA DA SILVA**  
Data do Acidente: **21/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180255956**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01067/01068 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12967138

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio Mendonça da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 206135 EXPEDIDO POR ITC P/AN EM 1 / 1 / 1 E  
CPF 129843404-25 CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Receita  
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Mendonça da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como titular de conta);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/escaneada, colada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multibanco com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4391-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.537-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

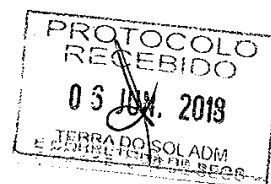
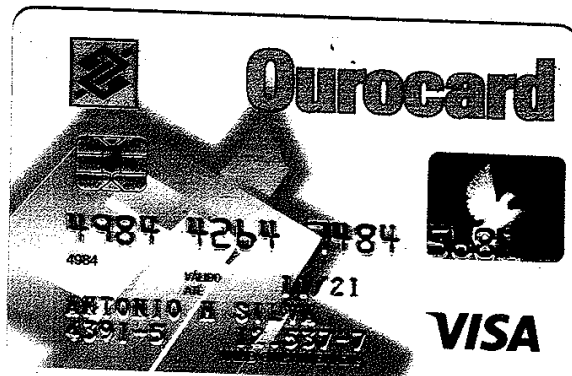
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.  
LOCAL E DATA

Antônio Mendonça da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



9-9976-0269



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201807000402

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 27/03/2018 10.37.56

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/03/2018 14.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.7 Logradouro: RUA CHICO LINHARES

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

2.11 Ponto de Referência: PROX AO ACAPUCOS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MIGUEL HERMINIO DA SILVA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: FRANCISCA MENDONCA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 12984540425

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 24/03/1949

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.14 RG: 206135 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999760269

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1397

3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.19 Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

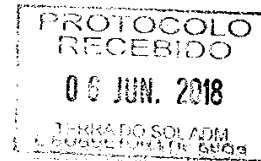
3.22 Logradouro: RUA ZECA DORICO

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NOB6527

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.13 Nota Fiscal: 00000000000000000000

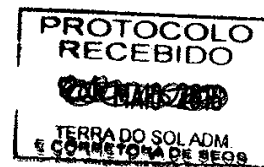
7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO MENDONCA DA SILVA

7.1.18 Observações:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE VEIO A ESTA DELEGACIA E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO BIZ E NA GARUPA ESTAVA SUA NETA KATIA SAMARA DE MENDONÇA, QUANDO UM CÃO ATRAVESSOU A SUA FRETE E PARA NÃO ATROPELA-LO, FREOU BRUSCAMENTE E AMBOS VIERAM A CAIR AO CHÃO. O DECLARANTE DISSE QUE SUA SOBRINHA NADA SOFREU NO ACIDENTE. O DECLARANTE DISSE QUE FICOU LESIONADO E QUE FOI PARA UPA DO ALTO SÃO MANOEL POR POPULARES. O DECLARANTE RELATA QUE VINHA CONDUZINDO, GUIANDO, PILOTANDO SUA MOTO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

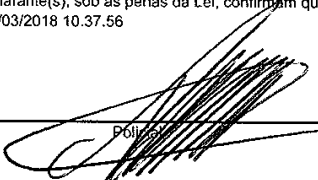
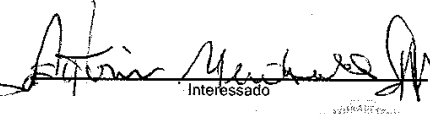
REGISTRO DA OCORRÊNCIA.

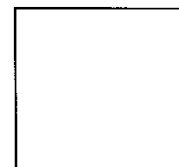
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 27/03/2018 10.37.56

  
Policial  
  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 27/03/2018 10:38:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

20180327103800

Protocolo: J201807000402 - Código de autenticação: ed8be2ed15a2761e6cbdbba9e69d750

Página 1 1



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Mendonça da Silva, portador da carteira de identidade nº 206135 e inscrito no CPF/MF sob o nº 129.845.404-25, residente e domiciliado na Rua Zeca Dorico, n.º 1397, Planalto Treze de Maio, Cidade Mossoró, Estado RN, 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:

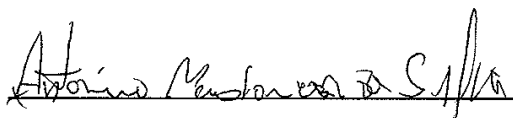
( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ 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.

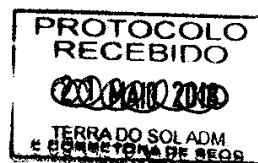
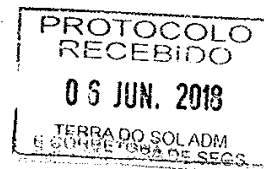
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.





Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Mossoró/RN, 02/05/2018

Local e data



		Estado do Rio Grande do Norte <b>Prefeitura Municipal de Mossoró</b> Secretaria Municipal da Saúde		 Sistema Único de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA				Unidade: UPA TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 156086				Atendimento Nº: 465882	
Nome: <b>ANTÔNIO MENDONÇA DA SILVA</b>		Idade: 24/03/1949 (68a 11m)		Sexo: Masculino	
Cartão SUS: 708601072663982		Nome da Mãe: FRANCISCA MENDONÇA DA ROCHA		Profissão: APOSENTADO	
Endereço (Rua/Av.): RUA ZECA DORICO		Nº: 1397		Complemento:	
Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO		Cidade: (59633-190) MOSSORÓ/RN		Estado: Telefone:	
Clínica: PEQUENA CIRURGIA		CPF DO PACIENTE: ( )		Data: 21/03/2018 Hora: 14:14	
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Rubrica Servidor: KENIA			
Assinatura do Paciente:					
ACOHIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito					
Acolhimento com classificação de risco:					
Queixa: <i>queda de peso e escorregões no chão</i>					
Antecedentes Alérgicos: <i>neg</i>					
HAS (N), DM: (N)		Assinatura: <i>[assinatura]</i>		Classificação: <i>[assinatura]</i>	
ANAMNESE:					
<i>Yvonne de Aceda de</i> <i>Moto</i>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>EXAME FÍSICO:</div> <div>           Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 150x90 F.R.: _____ Glasgow: _____            SpO2: _____ HGT: _____         </div> </div>					
PROTOCOLO RECEBIDO 05 JUN. 2018 TERRA DO SOL ADM. E COORDENADOR DE SEGS.					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS					
( ) Laboratório: <i>[assinatura]</i>					
( ) Radiológico: <i>[assinatura]</i>					
( ) ECG ( ) Outros <i>[assinatura]</i>					
Hipótese do Diagnóstico:				CID:	
Condução: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH				Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito					
( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade					
( ) Internação no Hospital:					
PROTOCOLO RECEBIDO <i>[assinatura]</i> TERRA DO SOL ADM. E COORDENADOR DE SEGS.					

As 14h15 min por restrição empresa com S.F. e postais de que  
em encadernação em mão E. polho e pé. Dado queda de moto. *Perf*

1) Vezina Am. Lafine

14:36

elza

2) Doxerubasone 2,5g

Dif. hauer 2.0

ABO

10

14:37

Elia Soares de Oliveira  
Téc. Enfermagem  
CURN 160333

Dr. Claudio de Souza Femande  
Médico  
CRM 65541/RN

UPF - FARMACIA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**cosern**  
neoenergia

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Ilhéus, 150, Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.524.196/0001-81 | Insc. Est. 20065195-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ANTONIO MENDONÇA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA ZECA DORICO 1397

CPF: 129.845.404-25

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

**PLANO TO TREZE DE MAIO**  
AREA URBANA  
MOSSORO RN  
59633-190

<b>DATA NOTA FISCAL</b>	<b>BÁSICA</b>	<b>EMISSÃO</b>
08/03/2018	ÚNICA	06/03/2018

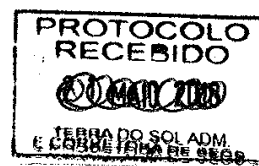
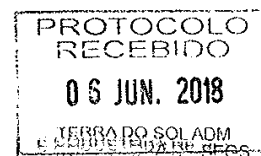
<b>CONTA CONTRATO</b>	<b>MES/ANO</b>
0467650017	03/2018

<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO</b>
16/03/2018	06/04/2018

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>
08/03/2018	3000280298	557004

<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>
88,33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
--------------------------	------------	-------------	-------------



Procurador

Local de Pagamento					Em qualquer banco até o vencimento	
Beneficiário			CPF		Agência / Código do Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.			18236120000158		11500 / 00019544-1	
Data do Documento		Nº do Documento		Especie Doc.	Adm.	Data do Processamento
01/12/2017		43706950		DM	N	01/12/2017
Valor do Documento		Valor do Documento		Valor do Documento		
01		R\$		R\$		
<b>Instruções</b> Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo bônus; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.						(1) Valor do Documento
						(2) Desconto / Abatimento
						(3) Outras Deduções
						(4) Mero / Multa
						(5) Outros Acréscimos
Beneficiário						(6) Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.						05414980454
Pagador: Aldenor Nunes de Oliveira Neto						
Rua Manoel Veras 49						
59619530 - Abolição - Mossoró RN						
Sucesso: Sucesso						

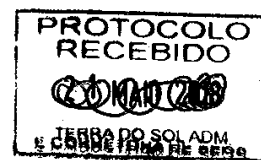
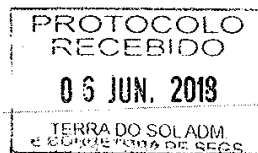
Código de Barra

Autenticação Eletrônica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



4 de 4



**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/bibliotecaweb/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>**.

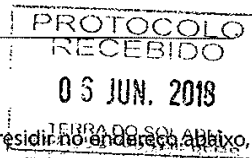
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 Aldenor Nunes da Oliveira Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.149.804-54 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Antônio Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.845.404-25 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 <u>Rua Momell Veroz</u>		Número <u>49</u>	Complemento
Bairro <u>Abolição II</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.619-530</u>
Email <u>aldenornetoado@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>18419889374</u>	Telefone celular (DDD)	

Mossoró/RN, 02 de maio de 2018.

Local e Data

Aldenor Nunes da Oliveira Neto

Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Em 14h15 min foi realizada cirurgia com S.F. e pontos e fios de sutura.  
Em seguida em mão E. olhos e pé. Deixado de moto. *[assinatura]*

1) Vagina Amp. Latente

14:36

*[assinatura]*

2) Doximetazona 2,5g

Dip. heman

2,0

ABD

10

*[assinatura]*  
14:37  
Zéila Soares de Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN 122093

*[assinatura]*  
Dr. Cláudio de Souza Fernandes  
Médico  
CRM-65541/RN

UPC - FARMÁCIA

OTOCORIO

DECEBDO

DECEBDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES / DCT  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

ANTONIO MENDONÇA DA SILVA

DOCUMENTO / ORÇAMENTO  
206135

129-845-404-25 24/03/2019

PLACA  
MIGUEL HERMINIO DA SILVA  
FRANCISCA MENDONÇA DA SILVA

TERMINAL 206135 ACC 206135 CALHA 206135

REGISTRO 00515935999 VALIDEZ 16/10/2018 20/07/1974

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO 18/10/2018

84188470540 RN701837018

DETRAN-RN (RIO GRANDE DO NORTE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 881749294

PROIBIDO PLASTIFICAR 881749294

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
03 JUN. 2019  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS PIRAGÉIS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA

NOME: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

DOC IDENTIDADE / ORGANISMO DE: SSP RN

CPF: 054.149.804-54

DATA NASCIMENTO: 10/07/1992

FRUIÇÃO: FRANCISCO NERIVAN DUARTE

ANA MARIA DUTRA DE OLIVEIRA DUARTE

PERMISSÃO: ACC: CATIVA: II

Nº REGISTRO: 05079513396

VALIDADE: 11/01/2021

1ª EMISSÃO: 17/11/2010

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador:

LOCAL: MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO: 12/01/2016

63481145615

RN702344638

PROIBIDO PLASTIFICAR

1157651716

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
05 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
E COORDENADOR DE SEGURANÇA

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
05 JUN. 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
E COORDENADOR DE SEGURANÇA

# PHILIP

NOME		Cognome	
ANTONIO MENEZES		SILVA	



ORE / CNPJ PLACA

125,846,404-25	125,846,404-25
PLACA ANT. LUP.	CHASSI
125,846,404-25	125,846,404-25

[illegible]

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MO

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
7/124 CILINDRICAS	PARTICULAR	VERMELHA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	1º
RE 10.00	07/05/2017	2º

FAIXA I PVA	PARCELAMENTO 10/20	3º FAIXA
002005 3%	10 ****	
	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) \_\_\_\_\_ (R\$) \_\_\_\_\_  
 1. LICENCIAMENTO DE TRANSITO DE VEICULO PASSAGEIRO  
 OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE PORTE OBLIGATORIO /  
NÚMERO PARA TRANSFERENCIA

TOTAL		DATA	
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

**James H. Hester**

PIN Nº 01E104270235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	04/03/2017

VIA \_\_\_\_\_ CPF / CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA  
125.845.404-25 NOV 0527

RENAVAM	MARCA / MODELO
0000007278	HONDA / CBZ 125 ES

ANO FAB	CAT. ARI	NR. CHASSI
2011	9	9C2JC4920BR264809

PREMIO TARIFARIO		
ENS (R\$)	DENATIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTODIA BILHETE (R\$) \_\_\_\_\_ JOE (R\$) \_\_\_\_\_ TOTAL SERP P-60 FOLIO SECURADO (R\$)

	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO=
--	-----------	-------------------

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

**SEGURO LIDER - DPVAT**

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

06 JUN. 2019

TERRA DO SOL ADM

20 APR 1968

**TERRA DO SOL ADM**  
**E CORRÊTIMA PL COM**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180255956 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM JOELHO E PÉ DIREITO+MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CLÍNICO+ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

### 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

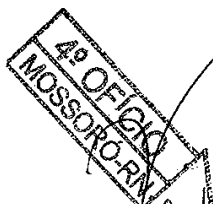
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Antônio Mendonça da Silva,  
brasileiro, casado, apresentado  
portador(a) do RG nº 206135, inscrito(a) no CPF sob o número  
129.845.404-25, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.  
Rua Zeca Dorico, nº 1397, Planalto Treze de Maio,  
Mossoró/RN, CEP 59.633-190.

**OUTORGADO:** **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, solteiro,  
advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número  
054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro,  
Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

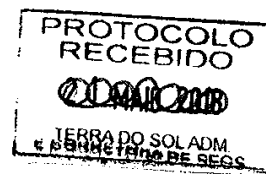
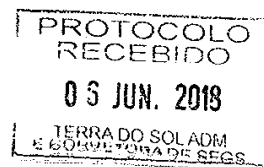
**PODERES:** O Outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para enviar  
documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone,  
ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Mossoró/RN, 27 de março de 2018.



Antônio Mendonça da Silva

OUTORGANTE



RECONHECO a firma em nome de  
Antônio Mendonça da Silva  
Fis. 119  
verdade

27 MAR. 2018

☐ Maria Lucivam F. Silva Azev  
☐ Maria Lucimar Fontes  
☐ Denis Fontes de Melo Sou  
☐ Isaias Prata de M. Júnior