
Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699630

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699630

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005878-5**

Conta: **000000009220-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 567.554.064.49 3 - CPF da vítima: 567.554.064.49 4 - Nome completo da vítima: Domingos Sava de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Domingos Sava de Oliveira 6 - CPF: 567.554.064.49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua: Projeto - Papagaio 9 - Número: 221 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Papagaio 12 - Cidade: Ilheus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 59.500-000
15 - E-mail: Recusado 16 - Tel. (DDD): 1841 9963 8106

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 5878 CONTA: 0009220 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ilheus 19 - 11 - 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite
Conta Corrente

Data: 22/11/2019 Term: 034688 N.Trans: 1101

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 5878 / MACAU

Conta: 0008220-7

Titular 1: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Sujeito a conferencia.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Cancelamentos, Reclamações e Informações

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 727 0099

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das

8h as 18h, exceto feriados

Obrigado

Tenha um bom dia



Governo 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: Delegacia Municipal de Guamaré

Endereço: RN 221, S/N, Conjunto Vila Maré, GUAMARÉ, FONE/FAX: 84 9 94867380

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019232000265

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/10/2019 16:34:52

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 13/08/2019 08:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.8 Tipo do local: Via Pública

2.6 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 401

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: GUAMARÉ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 56755406449

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: MONTADOR DE ANDAIME

3.15 Telefone(s): 84 999574388

3.17 Número: 04 B

3.19 Bairro: CANTO DO PAPAGAIO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MACAU

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: MANOEL BENTO NETO

3.6 Mãe: MARIA EMILIA DE OLIVEIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 22/02/1968

3.14 RG: 885774 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: MACAU RN

3.20 E-Mai:

3.22 Logradouro: R:PROJETADA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****56387

7.1.5 Placa: MYZ4282

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MARQUES DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 959728457

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo de veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUANDO O ESTIRANTE DO COLETE SALVA VIDAS ACABOU ENGANCHANDO NA RODA DA MOTO, FAZENDO O VEICULO PARAR BRUSCAMENTE E QUE A VITIMA VEIO A CAIR, SOFRENDO ESCORIAÇÕES, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A CIDADE DE GUAMARÉ/RN, E QUE DEVIDO A GRAVIDADE, NO DIA SEGUINTE A VITIMA POTENCAMINHADA PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE EM NATAL/RN.

8.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 14/10/2019

Usuário: 2039176 - HILDEGARDES JACOME MARIZ

Complemento: ONDE SE LÊ QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, LE-SE SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL DE GUAMARÉ/RN

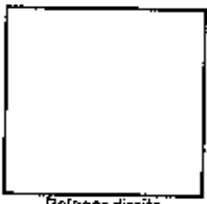
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 14/10/2019 16:34:52

Policial

Interessado



Policial direito

Atendimento: 2039176 - HILDEGARDES JACOME MARIZ

Impresso por: 2039176 - HILDEGARDES JACOME MARIZ em 14/10/2019 16:58:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

14/10/2019 16:58:40

Protocolo: J2019232000265 - Código de autenticação: 2416f9f73e0095ca390e5b960a7bb23

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 5878 CONTA: 0009220

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Local e Data: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05878-5

CONTA: 000000009220-7

Nr. Autenticação

BRDESCO2312201905000000000023705878000000009220168750 PAGO



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1833, Tirol, CEP 52015-000
CNPJ: 08.334.343/0001-35 (INSC. Estadual: 20035.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Dendeirópolis (84) 3232-4562

SECTOR DE GENTILZIMENTO

115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 20/09/2019 ÀS 16:08:39

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA	MES/ANO
DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA RUA PROJETA 221, N, SM - PAPAGAIO MACAU RN 52500-022		7043193	09/2019
INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURITA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
765.002.360.0839.000	6	4001	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
NORÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO
A067010645	LIGADO		POTENCIAL
CONSUMO ÁGUA (M3): 0		DATA LEITURA: 20/09/2019 LEIT. ATUAL: 636 LEIT. ANT.: 636 DIAS CONSUMO: 31	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
08/2019 0	06/2019 0	04/2019 0	0
07/2019 0	05/2019 0	03/2019 0	0
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		0 M3	39,99
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019			0,80
JUROS DE MORA 07/2019			0,41
TRIBUTOS			
BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO	
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04
VENCIMENTO: 27/09/2019		TOTAL A PAGAR: 41,20	
MONITORAMENTO DIÁRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO			
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total
VMP e Recomendações	≤ 5,0 NTU	6,0 a 8,5	% de Aumento
Valores Obtidos	1,04	7,33	100,0 %
			Cloro Residual Livre
			0,2 a 2,0 mg/L
			Nitrito (mg/L)
			≤ 10,0 mg/L



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTO DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1665, Tirol, CEP 59016-000
CNPJ: 06.334.385/0004-86 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ESQUOTA DE ATENDIMENTO

115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 20/09/2019 ÀS 16:08:39

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	MÊS/ANO
DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA RUA PROJETADA 221, N, 5N - PAPAGAIO MACAU RN 55560-030		7043198	09/2019
DISCÓDIGO 765.002.566.0889.000		ROTA 5	SEQ. ROTA 4051
QUANTIDADE DE ECONOMIAS		RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÓDIO	
MIDÍMETRO A067010645		SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	
SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL		CONSUMO ÁGUA (M3): 0	
DATA LEITURA: 20/09/2019		LEIT. ATUAL: 636	
LEIT. ANT.: 636		DIAS CONSUMO: 31	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
08/2019	0	06/2019	0
07/2019	0	05/2019	0
DESCRICAÇÃO			
ÁGUA		CONSUMO	TOTAL (R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		0 M3	39,99
CONSUMO DE ÁGUA			0,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019			0,41
JUROS DE MORA 07/2019			
TRIBUTOS			
PTS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
COFINS	39,99	1,55	0,66
	39,99	7,6	3,04
VENCIMENTO		27/09/2019	TOTAL A PAGAR
			41,20
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais
VMP e Recomendações	≤ 4,0 uT	6,5 a 8,5	% de Ausência
Valores Obtidos	1,01	7,33	100,0 %
			Cloro Residual Livre
			0,2 a 2,0 mg/L
			1,55
			Nitrato (como N)
			≤ 10,0 mg/L

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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/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, Dominique Samara S. Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.354.474 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingos Sávio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.554.064 49 do sinistro de DPVAT cobertura envolvida da Vítima Domingos Sávio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.554.064 49 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 Propriedade Papayano</u>		Número <u>221</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Papayano</u>	Cidade <u>Itapecuru</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59500-000</u>
Email <u>Ricardo</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(84) 9953 8106</u>		Telefone celular (DDD)

Itapecuru, 12 de Novembro de 2019
Local e Data

Dominique Samara Sávio de Oliveira
Assinatura do Declarante

Guapore

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EMERGÊNCIA



Pronto Socorro

HELETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Data: 13/08/19 Hora: 09:08 Registro Nº: 012110
Nome: Domingos Sadio De Oliveira Data Nasc: 22/12/1968
Nome da Mãe: _____
End: _____
PA: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

QUEIXA PRINCIPAL (EXAME FÍSICO)

Acme nato com suco
pelo corpo de 15
Anos 15

DIAGNÓSTICO

Acme nato

EXAMES COMPLEMENTARES

DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO (DE _____ HS ÀS _____ HS)
() ENCAMINHAMENTO PARA _____
() LIBERADO () EVASÃO () ÓBITO

ASSINATURA COM CARIMBO DO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- 1) aspirina 325 mg
- 2) Penicilina V 400.000 U
- 3) Diclofenaco potássio 75 mg
- 4) cetorolaco 100 mg

mt. Maria, 10/03/2010
COREN-RN 1190353-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

- 10/03/2010 - SF09x - 100uf
- Tramal - 2uf
- Cetorolaco - 101 mg

Ev. Aguda
2 de 03/04

Ivany Varela R. da Silva
Técnico de Enfermagem
Coren-RN 716.036

Dout. Antônio Antepedie

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Son. Freitas
CRM/RN 8381

Tratado de Medicina
Pádua (antel)



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HAPNATAL

NºPedido: 32936304

Data 12/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 5799479 DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Nascimento.: 22/02/1968 Sexo: M

CPF.: 56755406449

Endereço...: R PROJETADA 04 CANTO DO PAPAGAIO MACAU RN 59100000

Tel.: 999274388

Convenio...: HAPVIDA NATAL

Matricula...: 03CGE000052000018

Solicitante: Dr(a) JUDSON WELBER VERIS

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!`Ö`fB"

6197616731

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Há fio de Kirschner estabilizando rádio distal.

Presença de fratura em processo estiloide da ulna.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



ANTONIO
PRUDENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM

59031-115 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA às 09:15, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 13/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Natal 13/08/19
Local e Data

Assinatura do Médico

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM 6892

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6892
10/11/2019

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BCPJP89L1D7C2

Guamá

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMÁ

FICHA DE EVOLUÇÃO

Nome:

Domingos Saviu do Oliveira

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CADASTRO / EVOLUÇÃO

SEXO: M: ☒ F: ☐

DATA NASC: 22/02/1968

CONDUTA

RUBRICA

DATA:

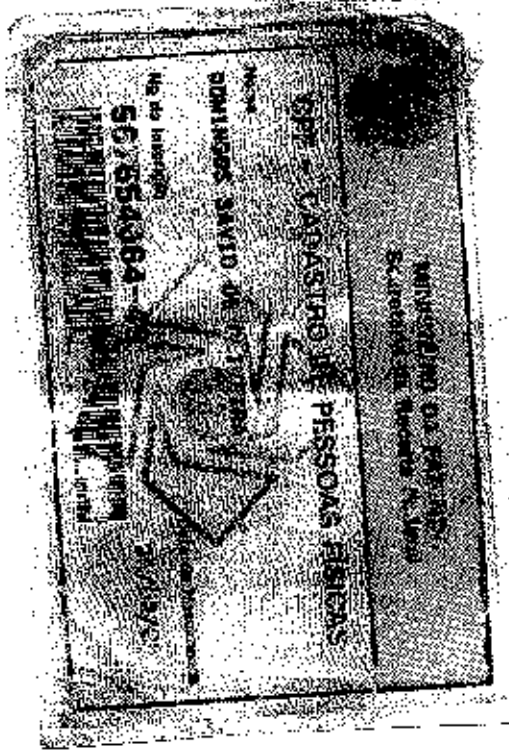
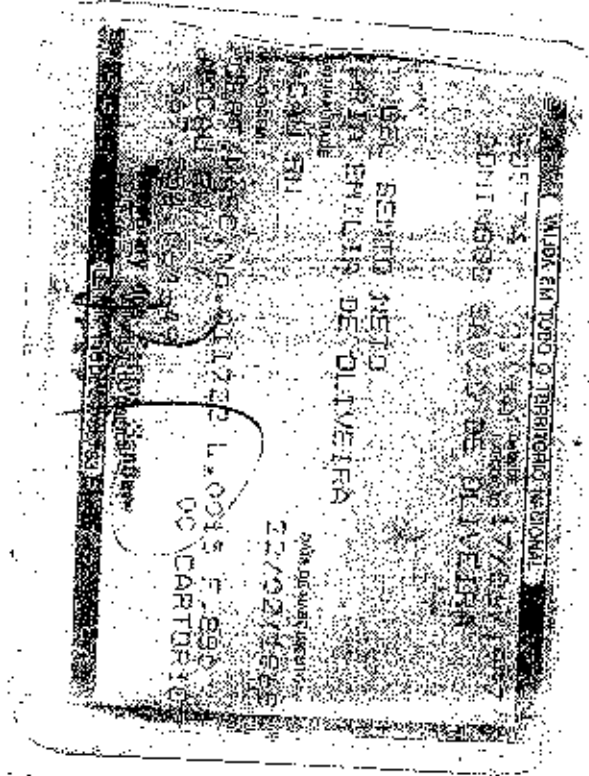
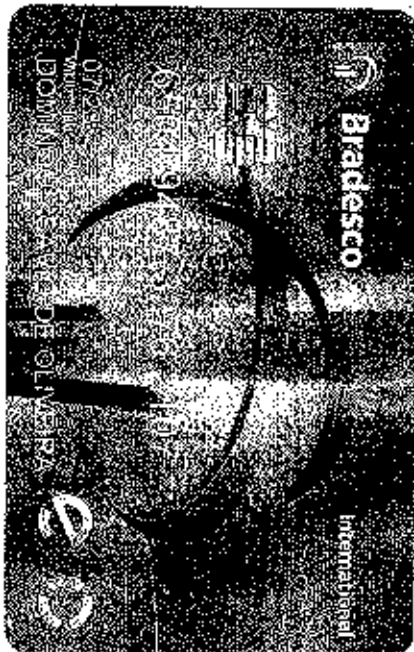
14/08/19

HISTÓRICO / EVOLUÇÃO

Tratamento iniciado por punição

22/02/1968, de multa

Carlos W. do Carmo
Secretário de Saúde
Assessoria de Saúde
Assessoria de Saúde
Assessoria de Saúde



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - RN N° 6761997562
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM 1º 953728457 EXERCICIO 2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

PLACA ANT/DUF MYZ4282/RN CHASSI 9C2K06109R156367

ESPECIE TIPO BEECHER/NOVODUCIL/ET/9000-440-10000 COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/150 TITAN K5 ANO FAB 2000 ANO MOD 2000

CAP/POT/CIL 85V/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 24/04/2000 VENC COTAS 1º 0450 2º 0600 3º 0600

FAIXA IPVA 2007-3X R\$ PARCELAMENTO/COTAS 1º 0450 2º 0600 3º 0600

PREMIO TARIFARIO (R\$) 2007-3X R\$ DATA DE PAGAMENTO 24/04/2000

PREMIO TOTAL (R\$) 2007-3X R\$

CONSERVACAO DE TRAM - PREO - 1111

AL TENDIDO TENDENCIA EM FAVOR DE: 93-634-000/0001-65

RECEB. JUND. 3/4

PLACA/VEICULO MYZ4282

DATA 02/04/2001

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
EUA MOTORES DE VEICULOS E/OU PESSOAS EM CARGA A PESSOA
RESPONSABILIDADE DO VAO SEGURO DPVAT

RNN° 6761997562 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

EXERCICIO 2000 DATA EMISSAO 02/04/2000

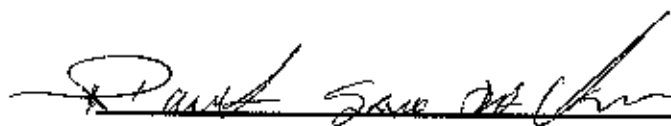
NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MACHES DA SILVA
R. TRM. DOMINIQUE, 8
PORTO SAO PEDRO
59.500-000 - RUA RUZEM

CPF/CGC 832.135.394-30 PLACA MYZ4282

DECLARAÇÃO

EU Domingos Sávio de Oliveira
portador (a) da cédula de RG de N° 88 5774 e
CPF 567.554.064-49 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Bradesco
para regularizar minha conta Corrente de agência
5878 número 0009220-7 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Maceo 19 de Novembro de 2019.



ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699630 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS+FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699630 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS+FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: MONITADOR DE ANDRAINE, Data do Acidente 13-08-2019
Cobertura em Volante, portador(a) do RG 885774, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 567.554.064-49 residente no(a)
RUA PROJETADA PAPAGAIO nº 221,
bairro: PAPAGAIO, município: MACAU / RN.

OUTORGADO:

Nome: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DA OLIVEIRA, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRA, Profissão: VEREADORA, portador(a) do RG
003.027730, órgão expedidor ITEP e do CPF: 096.354.474-85 residente
no(a) RUA PROJETADA PAPAGAIO nº 1615 bairro:
PAPAGAIO, município: MACAU / RN.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

MACAU RN - 15/10/2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MACAU-RN

Rua Pereira Carneiro, 181 - Titular: idok/ABE-AMEZES Dom.: (06)38217886
segundoficiodenotas@macau.rihoo.com.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA
Confira em: <http://reconhece.rihoo.com.br>
Selo Digital: RN201900839140002619B3M
MACAU-RN: 16 de outubro de 2019 11:0

Dilma Neves S. dos Santos - AUXILIAR DE CARTÓRIO
Op. máx. Empl: 2,83 / 1060N: 0,14 - TOTAL: 2,97

Dilma Neves S. dos Santos
Substituta

CPF: 638.820.944-00

2º Ofício de Notas de Macau/RN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451367/19

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

CPF: 567.554.064-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2019

Titular do CPF: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA : 096.354.474-85

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

DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA : 567.554.064-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA
CPF: 096.354.474-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA