



Número: **0803782-42.2020.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Apodi**

Última distribuição : **06/10/2020**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO (AUTOR)		Luiz Antonio Magalhães Holanda (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62772057	14/11/2020 15:47	2765226_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190305645

Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00657/00658 - carta_03 - INVALIDEZ

00080329



Carta nº 14302558



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554>

Número do documento: 20111415474043900000060192554

Num. 62772057 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190305645

Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

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

Carta nº 14307706





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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190305645

Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00581/00582 - carta_32 - INVALIDEZ



Carta nº 14696404





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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190305645

Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003483**

Conta: **0000018643-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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





PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

701.182.354-94

Nome completo da vítima:

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

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

Nome completo:

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

CPF:

701.182.354-94

Profissão:

PESCADOR

Endereço:

MAHADA VERMELHA

Número:

420

Complemento:

CASA

Bairro:

ROSA RURAL

Cidade:

SEVERIANO MELO

Estado:

RN

CEP:

59.856-000

E-mail:

Tel.(DDD):

04184-99214018

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

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3483

CONTA:

18643

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não fornecido

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

https://pje1g.trf3.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554

Número do documento: 20111415474043900000060192554

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

102-654912597-2

12/ABR/2019

HORA DE 10:18:09

LOT: 17.018287-0

TERM: 016022

LOCALIDADE: ITAU

AG. VINCULADA: 3483

CONTROLE: 433529887

DEPOSITO EM DINHEIRO

3483 013 00010643-0

EDILSON CANDIDO O FILHO

VALOR : 5.00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

102-654912597-2

10 VIA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190305645
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Candido de Oliveira Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Po Malhada Vermelha, 420
Zona Rural Severiano Melo RN CEP: 59856-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002868196
Data local do acidente: [01/04/2018]
Data local do exame: [20/12/2019] caico [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, COM HEMATOMA NA REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, DRENAGEM DE HEMATOMA NA REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS EM HEMIFACE ESQUERDA, ZIGOMÁTICO E MAXILAR ESQUERDO. ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.
Data da Alta: 20/10/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS MASTIGATORIOS, COM CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA E A MASTIGAÇÃO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA ESTRUTURA FACIAL ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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







IP

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

RECEBIDO

25 ABR 2018

Seguradora Lider DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 320/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR
Tipo do Acidente: Queda
Data e Hora do Acidente: 01/04/2018
Local da Ocorrência: BR 405- próximo ao motel Santa Cruz- Apodi/RN
Comunicante: A vítima
Identidade RG.:
Profissão: Pescador
Endereço:
CPF:
Telefone: 99701-4297

Boletim de ocorrência



Identificação da Vítima:

Nome: **EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO**
Identidade RG.: 2.868.196
Naturalidade: Apodi/RN
Pai: Edilson Candido de Oliveira
Mãe: Maria Ednalva da Silva
Endereço: Sítio Malhada Vermelha- Severiano Melo/RN
Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado
CPF: 701.182.354-94
Data Nascimento: 26/09/1993

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA
Placa: MXP7586
Chassi: 9C2KC08106R958165
Proprietário: NILTOMAR DE CARVALHO BESSA
Condutor: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO
Marca/Modelo: HONA CG 150 TITAN KS
Cor: VERMELHA
RENAVAM: 00888839286
Ano: 2006/2006

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (queda); Que seguia na BR 405, próximo ao Motel Santa Cruz em Apodi, sentido ao Sítio Malhada Vermelha em Severiano Melo, quando se desequilibrou e caiu; Que a vítima foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, e levada ao Hospital hélio Moraes Marinho em Apodi e depois transferida para o Hospital Tarcisio Maia na cidade de Mossoró; Que a vítima sofreu fratura na face e varias escoriações pelo corpo. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 10 de abril de 2018.

Comunicante / Vítima

APC – Izabel Apfígida de Carvalho Neta
Matricula: 128.235-8

Testemunha

Testemunha



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554>

Número do documento: 20111415474043900000060192554



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192RN



SAMU
192

Comprovação de ato declaratório



AFIRMAÇÃO

Afirmamos, para os devidos fins que o paciente,

Edilson Cordeiro de Oliveira Filho, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia

02/04/2018, no horário 17:40, na via BR 405 - estrada Noli
Pombas Feras

Paciente vítima de queda de moto, apresentando ferimentos
e uma fratura hematórica no lado E de cabeça

Apodt, 09 de abril de 2018.

Erionides Lopes de Mour.
Enfermeiro
COREN/RN: 258053
CPF: 050.174.944.54

Coordenação de Enfermagem





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192RN



SAMU
192

Comprovação de ato declaratório



AFIRMAÇÃO

Afirmamos, para os devidos fins que o paciente,

Edilson Cordeiro de Oliveira Filho, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia

02/04/2018, no horário 17:40, na via BR 405 - sentido Nade
Ponte das Ferras

Paciente vítima de Queda de moto, apresentando ferimentos
e uma fratura hemitórax no lado E de base

Apodt, 09 de Abnl de 2018.

Erionides Lopes de Mour.
Enfermeiro
COREN/RN: 258053
CPF: 050.174.944.54

Coordenação de Enfermagem





PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

701.182.354-94

Nome completo da vítima:

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

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

Nome completo:

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

CPF:

701.182.354-94

Profissão:

PESCADOR

Endereço:

MAHADA VERMELHA

Número:

420

Complemento:

CASA

Bairro:

ROSA RURAL

Cidade:

SEVERIANO MELO

Estado:

RN

CEP:

59.856-000

E-mail:

Tel.(DDD):

04184-99214018

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

RENTA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3483

CONTA: 18643

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não fornecido

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

https://pje1g.trf.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554

Número do documento: 20111415474043900000060192554

Num. 62772057 - Pág. 11

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

102-654912597-2

12/ABR/2019

HORA DE 10:18:09

LOT: 17.018287-0

TERM: 016022

LOCALIDADE: ITAU

AG. VINCULADA: 3483

CONTROLE: 433529887

DEPOSITO EM DINHEIRO

3483 013 00010643-0

EDILSON CANDIDO O FILHO

VALOR

5.00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

102-654912597-2

10 VIA



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradorelider.com.br
RUA da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA

PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE

PAGAMENTO.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000018643-8

Nr. da Autenticação B7AD2FCC5C77D2C7



Comprovante de residência



neoennergia CNPJ 08.324.189/0001-41 | Ins. Est. 30056190-01 | www.noennergia.br

DADOS DO CLIENTE
EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO
 CPF 701 182 354-54 INSC 15017958071
 CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BARRA VERMELHA COM INSC

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 PO MALHADA VERMELHA 420
 ZONA RURAL/AREA RURAL
 SEVERIANO MELO RN
 50856-000

DATA DE EMISSÃO 22/03/2018
DATA DE VENCIMENTO 12/04/2018
VALOR DO DÉBITO 5,68

CONSUMO
 Consumo Ativo até 30 MAR
 Multa por atraso INSC 0151905327 - 13/1/2018
 Multa por atraso INSC 0151905327 - 13/1/2018
 Juros por atraso INSC 0151905327 - 13/1/2018
 Juros por atraso INSC 0151905327 - 13/1/2018

QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
30,0000000	0,12278827	3,68
		0,11
		0,10
		0,11
		0,18

TOTAL DA FATURA 5,68

NR DO	TIPO DA	DATA	LEITURA	QKCA	ATUAL	DEBITO	CONTEINTE	ADICION	DEBITO TOTAL
1000000	CAI	13/03/2018	12-13/03	1500000	12-13/03	30	1,0000		30,00

LEITURAS ANTERIORES

PERÍODO	VALOR DE	%	VALOR DO
MAI 19	30		3,68
FEV 19	30		3,68
JAN 19	147		17,93
DEZ 18	32		3,91
NOV 18	30		3,68
OUT 18	30		3,68
SET 18	30		3,68
AUG 18	100		12,28
JUL 18	30		3,68
JUN 18	30		3,68
MAY 18	193		23,64
APR 18	74		9,03

SAF 0001 1730 0001 3057 0111 0001 0040

ATENÇÃO! A CONSUMIDORA QUE NÃO FORNECEU CONTAS EM ADEQUADO

PERÍODO	VALOR	DATA	VALOR	DATA
13/03/2018	30,00	13/03/2018	30,00	
13/03/2018	30,00	13/03/2018	30,00	



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo



Eu, NILTON MAR DE CARVALHO BESSA

RG nº 2853376, data de expedição 27/06/06

Órgão SSP, portador do CPF nº 090.382.654-25

com domicílio na cidade de SAO MALHADA VERMELHA, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

CIDADE SEVERIANO MELO, nº S/N

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO, cujo o condutor era

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Veículo: HONDA CE150 Modelo: 2006 Ano: 2006

Placa: MXP 7586 Chassi: 9C2RC08106R958165

Data do Acidente: 01/10/12018

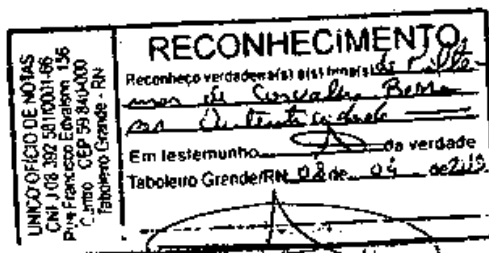
Local e Data: SEVERIANO MELO 04-04-19



NILTON MAR DE CARVALHO BESSA

Assinatura do Declarante

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



40x 110x60 mm
CPF 010.188.024-80
Tabela Substituto



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554>

Número do documento: 20111415474043900000060192554

Num. 62772057 - Pág. 17

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DADOS CLÍNICOS

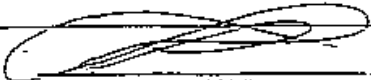
Resumo Clínico: Fratura de arco zigomático esquerdo em

Resultado dos Exames: acidente maxilodentário em 01/04/18.

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____

Procedimento(s) Solicitado(s): _____

 **Médico**

Dr. Zorilda G. da M.
Médico
CRM/RN 8392

CRM

11.04.2018
Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade: En. buco-maxilo-facial
 Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
 para o Dr.: _____ às _____ horas do dia _____/_____/_____

(Preencher quando resolvido o problema que gerou a reclamação)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: Ao exame físico foi observado protrusão de dente maxilar + hematoma em região frontal

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: Fratura de coroa do 1/2 molar CID: S02.7

Conduta: do por

Encaminhado ao Serviço de B.M.F. Maxil/RS

Observações: Drangon de Hematoma.

Médico

Dr. Clerton Lucena
Cirurgião Bucal - Maxilofacial
CRM: 110.555-5/RS

20, 04, 18
Data

Garantida continuidade assistência cadastrada ao paciente sob o nº

Orienta-se para retornar a Unidade de Origem _____ Município: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE

SEVIN

Um bom lugar

Documentação médica - hospitalar



RECEITUÁRIO

Edilson Candido de Oliveira Filho

Paciente, 25 anos, vítima de acidente automobilístico
no dia 01/05/2018 (sic), com trauma importante
em região de face e esquerdo.

Por alguns meses após trauma evoluiu com
espasmos motorizados, intermitentes. Evolui bem com
o passar do tempo, com melhora da qualidade.

10/11/2019

Dr. Jefferson Breno S. Dantas
Médico
CRM/RN: 10069

MÉDICO(A)

Av. Bevenuto Holanda, 209 - Centro CEP: 59.856-000
CNPJ (M.F): 08.358.046/0001-99 - FONE: (84) 3372-2242

TIR GRÁTIS - 1.3634-9040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Edilson Candido de Oliveira Filho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEPART. 002.858.196 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2017

NOME EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

FILIAÇÃO EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA
MARIA EDNALVA DA SILVA

NACIONALIDADE APOVI RN DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

DOC. ORIENT. DE NASCIMENTO L-1 12 P-20 RG-0691
SEVERIANO MELO RN-1 CARTÓRIO

CPF 701.182.354-94 2a. VIA

Assessoria Técnica do R. Insper
Policia de Identificacao

LEI Nº 7.116/66



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
701.182.354-94

Nome
EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Nascimento
26/09/1993

Documentos de Identificação



3 DE CONTROLE

cod. 733E.E433.0DF1



Emitido pela Secretária da Receita Federal do Brasil
às 08:51:26 do dia 11/09/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EMISSOR MARIA EDNALVA DA SILVA

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA

TIPO DE EMISSÃO COL. DE PESC. 2-68 RN

NUMERO 150.17958 07-1 CPF 701.182.354-94

DATA DE EMISSÃO 19/11/2012

AMÉRICO RIBEIRO TUNES
Secretário de Administração e Controle
da Secretaria de Pesca - SEMOP

MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURA - MPA

CARTEIRA DE
PESCADOR(A) PROFISSIONAL

NOME Licença Inicial
EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

NUMERO DO MPA RN-P1061571-7

Carteira Pesca artesanal

Nº DO REG. DE EMPL. 2869198 DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

Nº DO REG. DE EMPL. RNP10615717 DATA DE NASCIMENTO 19/11/2012

ASSINATURA DO PESCADOR(A)

Visto

☐ Anual ☐ Bial

Validade: ____/____/____

Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA

Visto Bial

Validade: ____/____/____

Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA



100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190305645 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, COM HEMATOMA NA REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS MASTIGATORIOS, COM CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA E A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA ESTRUTURA FACIAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149367/19

Vítima: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

CPF: 701.182.354-94

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

UNIPAR



Data do acidente: 01/04/2018

Títular do CPF: EDILSON CANDIDO DE
OLIVEIRA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO : 701.182.354-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO
CPF: 701.182.354-94

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/8IBIBLIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 FRANCISCO VIEIRA DE MELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 150.502384, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.182.354, 94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.182.354, 94 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: APOSENTADO 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: JOÃO CORDEIRO</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>RODOLFO FERNANDES</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>VIEIRABELOSERVICOS@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>59.830-000</u>	Tel.(DDD): <u>041.849963140/8</u>

Local e Data: RODOLFO FERNANDES 16-04-19

Assinatura do Declarante

Seu
procurador
Doc. obriga-
tório

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/11/2020 15:47:41

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111415474043900000060192554>

Número do documento: 20111415474043900000060192554

Num. 62772057 - Pág. 24



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 2004/02
NOTA FISCAL - FATURA - CORTA DE EMERGÊNCIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Bairro: Anel, Rio Grande do Norte - CEP: 59023-250
CNPJ 06.324.105/0001-01 | INSC. EST.: 20055192-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO VIEIRA DE MELO

CPF: 150.502.384-04
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL

031415203

20037018

SETE

123855

2000582871

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO CORDEIRO 110

CENTRO URBANO
RODOLFO FERNANDES RN
59830-000

CORTA CONTATO

0518522010

27/03/2019

17/04/2019

23,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

TOTAL DA FATURA

23,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO

TIPO DA

FUNÇÃO

DATA

LEITURA

DATA

LEITURA

Nº DE

CONSTANTE

AUSSET

CONSUMO (kWh)

218308201

CAT

18/01/2019

17,00

20037018

17,00

10

180000

3000

180000

600

180000

180000

180000

180000

180000

180000

180000

180000

180000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Muni. Pública Municipal

Multa por atraso - RF 017081087 - 29/12/18

Multa por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

Juros por atraso - RF 017081087 - 20/12/18

Juros por atraso - RF 018451740 - 18/01/19

