
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



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



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

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	701.182.354-94	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:		CPF:	
EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO		701.182.354-94	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pescador	MALHADA VERMELHA	420	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
ZONA RURAL	SEVERIANO NELO	RN	59856-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	0418499034018		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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 ☐ 8

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 alfabetizado

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)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 726 7474

102-654912597-2

12/ABR/2019

HORA DE 10:18:09

LOT: 17.010207-0 TERM: 016022
LOCALIDADE: ITAU
AG. VINCULADA: 3483 CONTROLE: 433529807

DEPOSITO EM DINHEIRO

3483 013 00018643-0

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

1a VIA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual (☒) 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





JP

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

RÉCEBIDO

25 ABR 2019

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

h

Local da Ocorrência: BR 405- próximo ao motel Santa Cruz- Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

CPF:

Profissão: Pescador

Telefone: 99701-4297

Endereço:

Boletim de ocorrência

Identificação da Vítima:

Nome: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Identidade RG.: 2.868.196

CPF: 701.182.354-94

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 26/09/1993

Pai: Edilson Candido de Oliveira

Mãe: Maria Ednalva da Silva

Endereço: Sítio Malhada Vermelha- Severiano Melo/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONA CG 150 TITAN KS

Placa: MXP7586

Cor: VERMELHA

Chassi: 9C2KC08106R958165

RENAVAM: 00888839286

Proprietário: NILTOMAR DE CARVALHO BESSA Ano: 2006/2006

Condutor: EDILSON CANDIDO DE OLIVEIRA FILHO

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 Morais Marinho em Apodi e depois transferida para o Hospital Tarcísio 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 Aprigida de Carvalho Neta
Matricula: 129.235-8

Testemunha

Testemunha





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 Condado de Oliveira Filho, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia
04/04/2018, no horário 17:40, na via BR 405 - sentido Nodi
Pombas Feras

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

Apodi, 09 de Abril de 2018.

Erionides Lopes de Mour.
Enfermeiro
COREN/RN: 258053
CPF: 050.174.944.55

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 Condado de Oliveira Filho, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia
04/04/2018, no horário 17:40, na via BR 405 - sentido Nodi
Pombas Feras

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

Apodi, 09 de Abril de 2018.

Erionides Lopes de Mour.
Enfermeiro
COREN/RN: 258053
CPF: 050.174.944.55

Coordenação de Enfermagem


 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	701.182.354-94	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:		CPF:	
EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO		701.182.354-94	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pescador	MALHADA VERMELHA	420	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
ZONA RURAL	SEVERIANO MELO	RN	59856-000
E-mail:		Tel. (DDD):	
		0418499034018	

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

RENDA 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
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 contestar, 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: Vivos: _____ Falecidos: _____	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 alfabetizado	Local e Data, _____
	Nome: _____
	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

 1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

 2º 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 726 7474

102-654912597-2

12/ABR/2019

HORA DE 10:18:09

LOT: 17.010207-0 TERM: 016022
LOCALIDADE: ITAU
AG. VINCULADA: 3483 CONTROLE: 433529807

DEPOSITO EM DINHEIRO

3483 013 00018643-0

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

1a VIA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.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

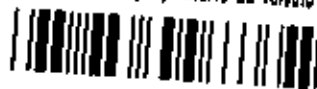
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, MILTONAR 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 SÃO MATHADIA VERMELHA, no Estado de RM, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

CIDADE SEVERIANO MELO, nº S/N

complemento CLASA, 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 CB 150 Modelo: 2006 Ano: 2006

Placa: MXR 7586 Chassi: 9C2RC08106R958165

Data do Acidente: 01/04/2018

Local e Data: SEVERIANO MELO 04-04-19

MILTONAR DE CARVALHO BESSA

Assinatura do Declarante

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

RECONHECIMENTO
Reconheço verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de Miltonar de Carvalho Bessa
na Declaração do veículo
Em testemunho da verdade
Taboleiro Grande/RN, dia 04 de dez de 2018

40011111111111111111

CPF 010 198.024-80

Taboleiro Grande



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Uso exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde

(Preencher quando resolvido o problema que gerou a reclamação)

Garantida continuidade assistência cadastrada ao paciente sob o nº Unidade Prontuário FAM

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SEVI
N**

Um bom lugar

Documentação médico - hospitalar



RECEITUÁRIO

Edilson Candido de Oliveira Filho.

Paciente, 29 anos, vítima de acidente automobilístico
no dia 01/05/2018 (sic), com trauma importante
em região de face à esquerda.

Por alguns meses após trauma evoluiu com
cefaleias noturnas, intermitentes. Evolui com
o passar do tempo, com melhora de quadro.

10/13/2019

2

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

IM GRÁTICA - 1.3634-0040

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

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.868.196 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2017

NOME EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

FILIAÇÃO EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA MARIA EDNALVA DA SILVA

NATURALIDADE APODI RN DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

DOC. ORGERT. DE NASCIMENTO L-A 12 F-26 RG-6691 SEVERIANO MELO RN-1 CARTÓRIO

CPF 701.182.354-94 2a. VIA

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116/05

Documentos de Identificação

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

701.182.354-94

Nome

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

Nascimento

26/09/1993



DE CONTROLE

006.733E.433.0DF1



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

EMPREGADO

MARIA EDNALVA DA SILVA

EMPREGADO

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA

EMPREGADO DE RELACÃO

COL. DE PESCA. 2-69 RN

EMPREGADO

150.17958.07-1 701.182.354-94

EMPREGADO

19/11/2012

ANTÔNIO RIBEIRO TUNES

Secretário de Planejamento e Controle

da Pesca e Aquicultura - SEMOP

MINISTÉRIO DA PESCA E Aqüicultura - MPA

CARTEIRA DE

PESCADOR(A) PROFISSIONAL

Nome Licença Inicial

EDILSON CÂNDIDO DE OLIVEIRA FILHO

EMPREGADO

Pesca artesanal

Nº DO REG. DE EMP.

2869198

EMPREGADO

SSP/RN

DATA DE NASCIMENTO

26/09/1993

Nº DO REG. DE EMP. DO MPA

RNP10615717

EMPREGADO

MPA

DATA DO REGISTRO

19/11/2012

ASSINATURA DO PESCADOR(A)

Visto

☐ Anual ☐ Biental

Validade:

____/____/____

Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA

Visto Biental

Validade:

____/____/____

Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA

Nº 0673367

2001

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Outros



Data do acidente: 01/04/2018

Titular 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 cancela 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/BIBLIOTECAWEB/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 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 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 201.182.354, 94

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 201.182.354, 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>	CEP: <u>59.830-000</u>
E-mail: <u>VIEIRAMELOSERVICOS@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>041.84.9963140/8</u>

Local e Data: RODOLFO FERNANDES 16-04-19

Assinatura do Declarante

Sem
procuração
Doc. obrigatório
to não

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO VIEIRA DE MELO

SOCIEDADE / CATEGORIA: 4456 PH RN

CPF: 150.502.384-04 DATA NASCIMENTO: 03/09/1950

NÚMERO: JOAO VIEIRA DE MELO
 FRANCISCA FERNANDES DE MELO

SEXO: M AC: AD CATEG: AD

Nº Registro: 03573921392 VIGENCIA: 19/05/2020 1ª Emissão: 20/12/1970

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1097639254

FOTOGRAFIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: APDODI, RN DATA EMISSÃO: 26/05/2015

07143588930
 RN702201179

DETRAN, RN (RIO GRANDE DO NORTE)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Mariz, 150 - Bairro: Anil, Rio Grande do Norte - CEP: 59075-250
 CNPJ: 06.324.105/0001-01 | INSC. EST.: 20056199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO VIEIRA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO CORDEIRO 110

CPF: 150.502.384-04
 CLASSIFICAÇÃO

CENTRO-ÁREA URBANA
 RODOLFO FERNANDES RN
 59830-000

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 0518522010
 DATA DE VIGÊNCIA 03/2018
 DATA DE VIGÊNCIA 03/2018

Nº DA NOTA FISCAL 011413292
 Nº DO CLIENTE 2000582871
 Nº DA INSTALAÇÃO 1338055

DATA DE VIGÊNCIA 27/03/2019
 DATA DE VIGÊNCIA 17/04/2019

TOTAL DA FATURA 23,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30.0000000	0.51440034	15,43
Contrib. Sist. Pública Municipal			1,36
Multa por atraso - RF: 017081087 - 20/12/18			0,40
Multa por atraso - RF: 018451740 - 18/01/19			0,78
Juros por atraso - RF: 017081087 - 20/12/18			0,35
Juros por atraso - RF: 018451740 - 18/01/19			0,11

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 23,89

Nº DO PRODUTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
210000001	CAT	18/03/2018	97,00	300000000	97,00	10	180000		30,00
4220000	CAT	18/03/2018	97,00	100000000	97,00	20	180000		5,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE VERIFICAÇÃO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO