

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA CESAR DE LIMA

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

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CEZAR DE LIMA

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

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS

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

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

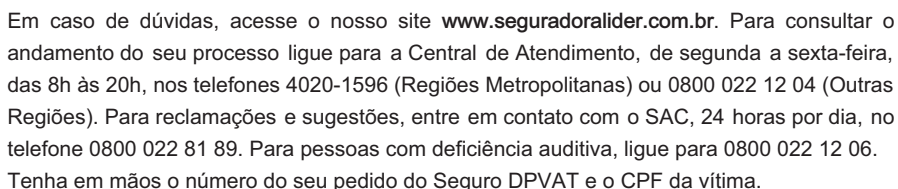
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA CESAR DE LIMA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CEZAR DE LIMA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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





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, 29 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA CESAR DE LIMA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito da mãe da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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





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, 29 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CEZAR DE LIMA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito da mãe da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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





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, 29 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito da mãe da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 29 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200381979 Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

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

Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito da mãe da vítima, pois não foi entregue.
-------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 28 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA CESAR DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CEZAR DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200381979

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.013.554-49 4 - Nome completo da vítima: ELIAS CESAR DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA 6 - CPF: 009.681.234-65
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: S. BAIÇA DO JUAZEIRO 9 - Número: 25 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CAMPO GRANDE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
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: ☒ RECLUSO 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)

AGÊNCIA: 1021 9 CONTA: 25688 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/04/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: NÃO DEIXOU COMPANH(EIRO)A
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 1 30 - Vítima deixou natureza (vítimas)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 9 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem 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 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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

40 - Local e Data: CAMPO GRANDE 20/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 634.013.554-44 4 - Nome completo da vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

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

5 - Nome completo: ANTONIO CEZAR DE LIMA 6 - CPF: 413.292.794-68
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua São Nicolau 9 - Número: 224 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FELIPE CAMARÃO 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59072-230
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\$1.00 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: 0035 CONTA: 35032 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/04/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Inimigo 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Não deixou e não possui

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 1 30 - Vítima deixou nascituro (variante)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4 Falecidos: 0 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL, 20/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS [DESpesas de Assistência Médica e Suplementares] ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

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

634.013.554-49

ELIAS CESAR DE LIMA

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):

ANTONIA CESAR DE LIMA

944.554.454-68

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 4301 5 CONTA: 43436 2
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Informo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso insatisfeito do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Nome 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: 30 - Vítima deixou nascituro (meninista)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 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 a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da imposição criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.013.554-49 4 - Nome completo da vítima: ELIAS CESAR DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA 6 - CPF: 009.681.234-65
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: S. BAIÇA DO JUAZEIRO 9 - Número: 25 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CAMPO GRANDE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
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: ☒ RECLUSO 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)

AGÊNCIA: 1021 9 CONTA: 25688 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/04/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: NÃO DEIXOU COMPANH(EIRO)A
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 1 30 - Vítima deixou natureza (vítimas)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 9 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem 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 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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

40 - Local e Data: CAMPO GRANDE 20/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

11.22
Δ₇CO
04.23
Merram



O referido é verdade e dou fé

Antonio Micivam Justino de Freitas

Oficial do Registro Civil Substituto

1

Amirouche, M. et al. - *Journal of the American Statistical Association*

2. *ABC, Inc. v. City of Seattle*

(1) $\frac{1}{2} \times 100 = 50$

COTYLLA & DE CAMPOS BRANDT - 1986

08545766/0001-637
CAMPO GRANDE CARTÓRIO ÚNICO
OFÍCIO DE NOTAS
RUA PADRE PINTO, 117
CENTRO
CEP: 59.680-000
CAMPO GRANDE - RN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

ELIAS CESAR DE LIMA



CPF
634.013.554-49

0940600155 2020 4 00017 156 0002406 43

SEXO: masculino COR: parda ESTADO CIVIL E IDADE: solteiro, com 51 anos de idade
NATURALIDADE: Campo Grande - RN DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG: 001.206.309-SESPDS/RN SEXO: era eleitor

LOCAL DE RESIDÊNCIA: CICERO CESAR DE LIMA e MARIA ROSA DE OLIVEIRA, na Rua Maria da Conceição Freitas - s/n, Conjunto Padre Pedro, em Campo Grande - RN, CEP: 59.680-000

DATA E HORA DE FALECIMENTO: vinte de abril de dois mil e vinte às 09:00 horas DATA: 20/04/2020

LOCAL DE FALECIMENTO: No Hospital Regional Tarciso Maia, na cidade de Mossoró-RN

CAUSA DA MORTE: Traumatismo cranioencefálico

DEPOSITAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO DE CONHECIMENTO: No Cemitério Público da cidade de Campo Grande-RN, às 09:00hrs do dia 21/04/2020

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: Dr. Isaac Axel de Medeiros Nogueira CRM 3698

OBSERVAÇÃO/AVISO DO CADASTRO: O falecido deixou 1 (um) filho maior de idade, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento conhecido, era eleitor, e não era beneficiário do INSS.

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EMISSÃO	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE VALIDADE
RG	001.206.309	18/12/2018	SESPDS/RN	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	704.1006.2506.1450	---	---	---
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	VALIDADE	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	0113.6870.1651	031/0010	CAMPO GRANDE	RN
CEP Residencial	59.680-000		Grupo Sanguíneo	---

CAMPO GRANDE CARTÓRIO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS
Oficial: Giovanni Weine Paulino Chaves
Rua Padre Pinto, 117 Centro
Campo Grande-RN. (84)3362-2319

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
Campo Grande-RN, 20 de abril de 2020.

Maria Milene Freitas
Assinatura do Oficial Substituto

Maria Milene Freitas
Tabelá Substituto



Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
Isento
RN202010940600002108MGA
Confira em: <https://selodigital.tjrn.us.br>

RCA041595



08545766/0001-637
CAMPO GRANDE CARTÓRIO ÚNICO
OFÍCIO DE NOTAS
RUA PADRE PINTO, 117
CENTRO
CEP: 59.680-000
CAMPO GRANDE - RN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

ELIAS CESAR DE LIMA



CPF
634.013.554-49

0940600155 2020 4 00017 156 0002406 43

SEXO: masculino COR: parda ESTADO CIVIL E IDADE: solteiro, com 51 anos de idade
NATURALIDADE: Campo Grande - RN DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG: 001.206.309-SESPDS/RN SEXO: era eleitor

LOCAL DE RESIDÊNCIA: CICERO CESAR DE LIMA e MARIA ROSA DE OLIVEIRA, na Rua Maria da Conceição Freitas - s/n, Conjunto Padre Pedro, em Campo Grande - RN, CEP: 59.680-000

DATA E HORA DE FALECIMENTO: vinte de abril de dois mil e vinte às 09:00 horas DATA DE REGISTRO: 20/04/2020

LOCAL DE FALECIMENTO: No Hospital Regional Tarciso Maia, na cidade de Mossoró-RN

CAUSA DA MORTE: Traumatismo cranioencefálico

SUPLENTE/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO DE CONHECIMENTO: No Cemitério Público da cidade de Campo Grande-RN, às 09:00hrs do dia 21/04/2020

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: Dr. Isaac Axel de Medeiros Nogueira CRM 3698

OBSERVAÇÃO/AVISO DO ADEQUADO: O falecido deixou 1 (um) filho maior de idade, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento conhecido, era eleitor, e não era beneficiário do INSS.

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EMISSÃO	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE VALIDADE
RG	001.206.309	18/12/2018	SESPDS/RN	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	704.1006.2506.1450	---	---	---
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	VALIDADE	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	0113.6870.1651	031/0010	CAMPO GRANDE	RN
CEP Residencial	59.680-000		Grupo Sanguíneo	---

CAMPO GRANDE CARTÓRIO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS
Oficial: Giovanni Weine Paulino Chaves
Rua Padre Pinto, 117 Centro
Campo Grande-RN. (84)3362-2319



Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
Isento

RN202010940600002108MGA

Confira em: <https://selodigital.tjrn.us.br>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
Campo Grande-RN, 20 de abril de 2020.

Maria Milene Freitas
Assinatura do Oficial Substituto

Maria Milene Freitas
Tabelá Substituto

RCA041595





COSERN

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Elétrica do Rio Grande do Norte
Rua Manoel de Araújo, 111 - Rio Grande do Norte, RN 59050-250
CNPJ nº 04.706.000/0111 - Insc. Est. 20.040.000-01 - www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

NOME DO CLIENTE: [Nome do Cliente]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ENDEREÇO: [Endereço]

CNPJ: [CNPJ]

CNPJ: [CNPJ]

CNPJ: [CNPJ]

CNPJ: [CNPJ]

CLASSIFICAÇÃO

Classe: [Classe]

CONTA

Nº DA CONTA: [Número da Conta]

DATA DE VENCIMENTO: [Data de Vencimento]

DATA DE EMISSÃO: [Data de Emissão]

TOTAL A PAGAR (R\$): [Total a Pagar]

Nº DA CONTA	TIPO	ENDEREÇO
00000000	0000	00000000

CONSUMIDOR	Nº DO CLIENTE	Nº DA CONTA
00000000	00000000	00000000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo de Energia Elétrica	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70
Imposto de Renda	114,000000	0,55	62,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
00000000	0000	01/08/2020	10000	01/08/2020	10000	14	0,0000	0,0000	114,00

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Consumo de Energia Elétrica	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%
Imposto de Renda	62,70	100,00%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento em dinheiro ou depósito em nome de [Nome do Cliente] no Banco [Nome do Banco] ou em qualquer outro estabelecimento de crédito autorizado pelo Banco Central do Brasil. O valor devido deve ser pago até a data de vencimento, sob pena de aplicação de multa e juros. O cliente é responsável por manter a conta em dia e por fornecer informações corretas sobre o consumo de energia elétrica.

ATENÇÃO: COSERN INFORMA QUE VUÇE POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONSUMIDOR	Nº DO CLIENTE	Nº DA CONTA	VALOR DEVEDOR (R\$)
00000000	00000000	00000000	62,70

Para mais informações, consulte o site [Site da COSERN] ou ligue para o número [Número de Atendimento].

UNIDADE E FREQUÊNCIA DAS LEITURAS

UNIDADE	FREQUÊNCIA	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
0000	0000	0,00	0,00	0,00

TAXAS

TAXA	VALOR (R\$)
0000	0,00



BOITA FISCAL - FATURA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de São Paulo de São Paulo

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Mentor, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-150
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055193-8 | www.ceren.rn.br

SADRS DO CLIENTE
ANTONIO CESAR DE LIMA

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 413.203.704-09 NIS: 12040450009

FELIPE CAMARGO FLEISCHMANN
NATAL RN
55073-230

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM US
Monitorado

COMPTON
0686226016
RECEIVED
07/20/20
17/07/2020
11/08/2020
88.99

045038146	UNICA	10/07/2020
10070220	3.00495239	10/07/2020

TECHNICAL INNOVATION

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSD ate 20 kWh	30.00000000	8,19778940	2.459.377,20
Consumo TUSD superior a 20 ate 100 kWh	70.00000000	9,18442950	6.429.090,75
Consumo TUSD superior a 100 ate 225 kWh	110.00000000	0,77712940	85.484,23
Consumo TE ate 20 kWh	20.00000000	4,17587200	83.517,44
Consumo TE superior a 20 ate 100 kWh	60.00000000	4,98420100	2.989.920,60
Consumo TE superior a 100 ate 225 kWh	70.00000000	0,26145154	18.301,60
Contrib. Ium. Publica Municipal			2.210,00
ICMS-Parcela Subvencionada			2.210,00
Multa por atraso NF 040558428 - 1304/20			1.200,00
Multa por atraso NF 038856793 - 1203/20			1.200,00
Juros por atraso NF 040558428 - 1304/20			1.200,00
Juros por atraso NF 038856793 - 1203/20			1.200,00
Atualização CPIM NF 040558428 - 1304/20			0,00
Atualização CPIM NF 038856793 - 1203/20			0,00
Bônus IAPL - art 25 da Lei 10.438/2002			0,00
TOTAL DA PARTIDA			19.990.000,00

TOTAL DA FATURA

SALDO DE TRANSFERENCIA DO RESCUE UNIT RECURSOS FISCAIS										SA 20
Nº DO RESCUE UNIT	Tipo da Função	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SALDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
	CAI	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
2000000007		19-10-2020	22.471,00	19-10-2020	22.836,40	21	5,3440		100,00	

COMPOSIÇÃO DA RECEITA

Produto	Receita (R\$ milhões)	Porcentagem (%)
Carregadores de Energia	716	29,1
Travesseiros	49	2,0
Móveis de Cozinha	10	0,4
Perfumes de Fragrância	413	16,6
Travesseiros de Luxo	10	0,4
Travesseiros	10	0,4
Total	2.458	100%

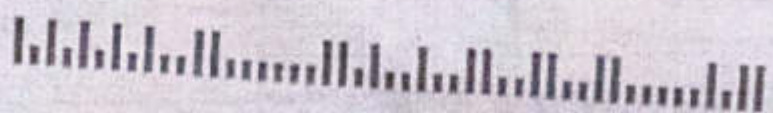
COMPOSIÇÃO DA RECEITA POR CANAL

Canal	Receita (R\$ milhões)	Porcentagem (%)
Canal 1	1.229	50,0
Canal 2	1.229	50,0
Total	2.458	100%

IMPORTANCE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Para obter mais informações sobre o conteúdo deste livro, acesse o endereço eletrônico www.cespe.ce.gov.br. Para mais informações sobre o processo de seleção, acesse o endereço eletrônico www.fcc.gov.br.
 Este livro é de propriedade da Fundação Cearense de Estudos e Pesquisas em Administração (FUNCEPA) e não pode ser reproduzido, total ou parcialmente, sem a autorização expressa da FUNCEPA. A reprodução não autorizada constitui crime de falsificação, punido no art. 217 do Código Penal, e é considerada infração de direitos autorais, punida no art. 170 do Código Penal, da Lei nº 5.130, de 27 de setembro de 1966, e no art. 182 do Código Penal, da Lei nº 9.279, de 5 de maio de 1996.
 A FUNCEPA não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso não autorizado deste livro. A FUNCEPA não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso não autorizado deste livro. A FUNCEPA não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso não autorizado deste livro.

As a result, the program was able to provide a significant number of jobs to the unemployed, and the program was able to provide a significant number of jobs to the unemployed, and the program was able to provide a significant number of jobs to the unemployed.



CTC RECIFE PE PL9
LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS
RUA ALTO DA BACIA, 100
MAE LUIZA
59014-360 NATAL RN



7213512820 10814 00000042820 30 030720

DADOS DO CLIENTE
AMOS ALVES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NILA NOGUEIRA DE QUEIROZ 100
SANTA CECÍLIA

CPF 088 141 134-59

SANTA DELMIRAVAREA URBANA
MOSSORO RN
59615-105

CLASSIFICAÇÃO
DE COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

Nº DA NOTIFICAÇÃO	CODIGO	DATA
047102631	UNICA	26/08/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CADASTRO	Nº DA NOTIFICAÇÃO
26092020	3010727516	880904

7007964859
 DATA WYJECIA
 02/09/2020
 TOTAL & PRICE (PLN)
 59.18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(WWh)-TU5D	76.0000000	0.39942853	30.35
Consumo Alvo(WWh)-TE	76.0000000	0.32126015	24.45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0.61
Multa por atraso-NF 044342526 - 25/06/20			0.26
Multa por atraso-NF 044342526 - 25/06/20			0.38
Atualização IGP-M,NF 044342526 - 25/06/20			-0.77
Compensação CIC Mensal 06/20			

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
216/REC150M		27-07-2020	2.235,00	26-08-2020	2.414,50	30	1.00000		79,50

INTERVENIÇÃO DE EMERGÊNCIA

RECEITA DE EMERGÊNCIA

RECEITA DE EMERGÊNCIA	VALOR DE CALEDO	%	VALOR DO EMPRESTO
ICMS	\$2,08	18,00	9,99
PIS	\$2,08	1,28	0,66
COPINS	\$3,94	9,94	3,98

VALORES APLICADOS

VALORES APLICADOS	%	VALOR
Cargos de Emergência	18,00	27,73
Trabalhadores	2,48	4,82
Trabalhadores	13,49	26,00
Paralisação de Emergência	3,40	6,31
Emergência Sanitária	3,90	5,93
Trabalhadores	15,41	24,90
Total	63,68	98,69

RECEITAS FISCAIS

DFC1 4F45 2760 5E44 44B0 3C0E 0B32 AE30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A COSEB INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Year	Expense	Value	Year	Expense	Value
2000	2000.00	40.50	2000	2000.00	40.50

Esta comunicação não constitui nenhuma oferta ou recomendação de compra ou venda de qualquer produto ou serviço. Não é o objetivo do fornecedor proporcionar uma análise de investimento, apenas apresentar informações sobre o produto. O fornecedor não se responsabiliza por qualquer perda ou dano decorrente do uso do produto. Para obter mais informações, consulte o site www.fox.com.br.

FUNÇÃO DE INQUÉRITO DAS VITIMIZADAS					NÍVEL DE TENSÃO	
MOTIVACÃO	INQUÉRITO APROFUNDADO	LIMITE TENSÃO BAIXA	LIMITE TENSÃO ALTA	LIMITE DE VITIMIZAÇÃO (%)	ÍNDICE (%)	ÍNDICE (%)
	6,70	8,30	10,90	22,3		
DHS	2,00	3,17	6,38	12,70		
PHS	4,00	3,77	0,00	0,00		
SHHS	1,00	1,33	1,67	3,33		

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

COSTA RICA
 MES: ABRIL 2020
 DATE: 02/05/2020
 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,18

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 634.013.554-44 4 - Nome completo da vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

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

5 - Nome completo: ANTONIO CEZAR DE LIMA 6 - CPF: 413.292.794-68
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua São Nicolau 9 - Número: 224 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FELIPE CAMARÃO 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59072-230
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\$1.00 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: 0035 CONTA: 35032 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/04/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Inimigo 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Não deixou e não possui

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 1 30 - Vítima deixou nascituro (variante)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4 Falecidos: 0 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL, 20/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

634.013.554-49

ELIAS CESAR DE LIMA

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):

ANTONIA CESAR DE LIMA

944.554.454-68

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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 4301 5 CONTA: 43436 2
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Informo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso anulete do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Nome 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: 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 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 a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da imposição criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.188.676 05/02/2020

MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

CICERO CESAR DE LIMA
MARIA ALEXANDRINA DE LIMA

CAMPO GRANDE RN 10/12/1957

CERT. DE CASAMENTO L-810 F-70 RG-1541
CAMPO GRANDE RN-2 CARTORIO

009.681.234-65

Brigida Zulad R. M. de Souza
Assistente do Instituto de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

17m. 22 VIT-20

MAIOR DE 60 ANOS

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 - II





Maria Chafiz Besor de S. L. A.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	105.697 2A VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15.04.1962
NOME	ANTONIO CEZAR DE LIMA		
FLUÍDO	VICERO CEZAR DE LIMA		
	MARIA LIMA		
	AUGUSTO SEVERO-IR	27.01.1960	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORDEM	C/CAS. 270 FLS. 150 LIV. 11 CART.		
	DE AUGUSTO SEVERO-IR		
	Nº 413.292.794.68		

Handwritten signature: Maria Ceza de Lima

LEI Nº 2.115 DE 29/08/63

ANTONIO CEZAR DE LIMA

27.01.60

Antonio Bézar de Lima

04.2.01.00-0

07 ABR 1993

DRE-Natal-RN

Carlos Olimia da Silva

Mat. 3.004.902-6

[illegible][illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

496,535

24 11/01/83

CEARÁ DE LIMA

CEARÁ DE LIMA

MARIA DA CONCEIÇÃO

CEARÁ DE LIMA

11/10/1982

CEARÁ DE LIMA 11/10/1982

CEARÁ DE LIMA

CEARÁ DE LIMA

Nicolás Ferreira da N. Junior
Coordenador de Identificação

7.118 01/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



Antônia

Ceson da Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO Rio Grande do Norte
MUNICÍPIO DE Augusto Severo



COMARCA DE Augusto Severo
DISTRITO DE X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

035/4-33/0001-52

REGISTRO CIVIL



Dr. Laudelino Moura de Medeiros
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE ÓBITO

CERTIFICO que, sob No. 1.081 a fls. 124 do livro No. 6-12, de Registro de Óbitos, encontra-se o assento de Cícero Cesar de Lima, falecido aos 05 de setembro de 19 90 às 13,00 horas, em o Posto Médico Municipal desta Cidade de A. Severo-RN do sexo masculino, de cor morena, de profissão Aposentado, com 62 anos de idade, estado civil solteiro, domiciliado nesta Cidade de A. Severo-RN e residente nesta Cidade de A. Severo-RN, filho de João Cesar de Lima e de dona Maria Oliveira da Conceição. Foi declarante Antonio Cesar de Lima sendo o atestado médico firmado Dr. Jacy Carlos de Almeida que dá como causa de morte Insuficiência Cardíaca, Parada Respiratória Edema Pulmonar. O sepultamento foi feito no cemitério Público Local.

Observações: Para fins de Direitos

O referido é verdade e dou fé.

Augusto Severo-RN, 10 de setembro de 19 90

Laudelino Moura de Medeiros
Oficial do Registro Civil - Substa

Falecido



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

ERICO LUAN CESAR DE PAULA

CPF

089.489.204-56

MATRÍCULA

0940600155 2020 4 00017 161 0002411 22

SEXO

masculino

COR

parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, com 28 anos de idade

NATURALIDADE

Campo Grande - RN

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 299.3421-SESPDS/RN

ELEITOR

era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

ELIAS CESAR DE LIMA e LUANA MARISTELA EUSEBIO DE PAULA, na Rua Padre Victor, nº 35, Alto da Capela, em Campo Grande - RN, CEP: 59.680-000.

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Data Ignorada às IG:IG horas

DIA MES ANO

Data Ignorada

LOCAL DE FALECIMENTO

Em domicílio na Rua Padre Victor, na cidade de Campo Grande - RN

CAUSA DA MORTE

Trauma craniano e torácico, instrumento perfuro-contundente, projétil de arma de fogo

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

No Cemitério Público local da cidade de Campo Grande-RN, às 20:00hrs do dia 06/05/2020

DECLARANTE

MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dra. Emanuelly Olívia Queiroz de Maniçoba CRM/RN: 7356

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES A ACRESCER

O falecido não deixou filhos, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento conhecido, era eleitor, e não era beneficiário do INSS.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	299.3421	25/05/2007	SESPDS/RN	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	0308.7774.1619	031/0042	CAMPO GRANDE	RN

CEP Residencial	59.680-000	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	------------	-----------------	-----

CAMPO GRANDE: CARTÓRIO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS
Oficial: Giovanni Weine Paulino Chaves
Rua Padre Pinto, 117 Centro
Campo Grande-RN. (84)3362-2319

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Campo Grande-RN, 12 de maio de 2020.



Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
Isento

RN202010940600002125KAC

Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>



Maria Milene Freitas
Assinatura do Oficial/Substituto

Maria Milene Freitas
Tabelão Substituta

08545766/0001-63
CAMPO GRANDE: CARTÓRIO ÚNICO
OFÍCIO DE NOTAS
RUA PADRE PINTO, 117
CENTRO
CEP: 59.680-000
CAMPO GRANDE - RN



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL



2993421

REGISTRO CIVIL

2º CARTÓRIO JUDICIÁRIO
Laudeci Moura de Medeiros

Escrivão Tabelião e Oficial do Registro Civil

CAMPO GRANDE - RIO GRANDE DO NORTE

NASCIMENTO Nº 11.222

CERTIFICO que, as fls. 063 do livro n.º 37 de Registro de Nascimentos,
foi feito hoje o assento de WILCO LUAN CÉSAR DE PAULA

nascido aos vinte e sete (27) de Outubro de mil novecentos e
noventa e um (1991) a horas e 20 minutos, em Maternidade

das Tavares Jacome, n.º, do sexo feminino. Cór. Moraga

filho de Elias César de Lima e

Luana Maristela Eusebio de Pa

Sendo avos paternos

e Dona Maria Rosa de Oliveira

e avos maternos Raul Eusebio de

e Dona Maria do Socorro de Paul

Foi declarante O pai do registro

e serviram de testemunhas Antonio

de Silva e João Rosta

Observações: PARA FINS DE DI

O registro que deu origem a este certidão foi lavrado no

Foi lavrado onde se lê Augusto Severo-RN., leia-se Campo Grande.

O referido é verdade e dou

CAMPO GRANDE-RN, 15 de JUNHO de 1992

OFICIAL



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

089.489.204-56

Nome

ERICO LUAN CESAR DE PAULA

Nascimento

27/10/1991

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2993421 1.VIA
DATA DE EMISSÃO	25/05/2007
NOME	ERICO LUAN CESAR DE PAULA
RENOME	
ELIAS CESAR DE LIMA	
LUANA MARISTELA EUSEBIO DE PAULA	
CAMP. GRN	27/10/1991
CERT. NASC. No. 11222 L.37 F.63	
CAMP. GRANDE RN	2 CARTORIO
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	

CÓDIGO DE CONTROLE

AF3C.D6EC.F9B5.22C0



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:53:55 do dia 23/04/2020 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

990.855

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/06/2015

ANTONIA CESAR DE LIMA

CICERO CESAR DE LIMA
FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

CAMPUS GRANDE RN

DATA DE NASCIMENTO
11/10/1962

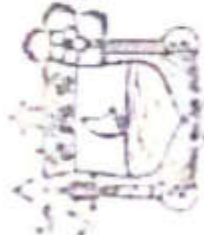
DO ORDEM CERT. DE SEP JUDICIAL L-B 55 F-190 RG-5988
MOSSORO RN-2 CARTORIO

941.554.454-68

Josebias Ferreira do N. Junior
Coordenador de Identificação ITEC/RN

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



Antonia Ceson da Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	105.697 2A VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15.04.1962
NOME	ANTONIO CEZAR DE LIMA		
FLUÍDO	VICERO CEZAR DE LIMA		
	MARIA LIMA		
	AUGUSTO SEVERO-IR	27.01.1960	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORDEM	C/CAS. 270 FLS. 150 LIV. 11 CART.		
	DE AUGUSTO SEVERO-IR		
	Nº 413.292.794.68		

Handwritten signature: Maria Ceza de Lima

LEINº 7.115 DE 29/08/63

ANTONIO CEZAR DE LIMA

27.01.60

Antonio Bézar de Lima

04.2.01.00-0

07 ABR 1993

DRE-Natal-RN

Carlos Olimia da Silva

Mat. 3.004.902-6

[illegible][illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

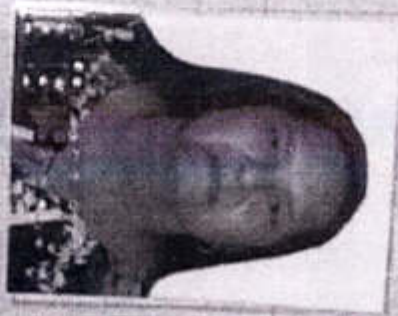
RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

 **POLEGAR DIREITO**



Lisieux Cesar de Lima Vasconcelos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 001.536.236 DATA DE EMISSÃO 10/01/2020

LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS

PAI: CICERO CESAR DE LIMA
MÃE: MARIA ROSA DA SILVA

LOCALIDADE: CAMPO GRANDE RN DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1966

CERT. DE CASAMENTO L-812 F-233 RG-552
CAMPO GRANDE RN-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

CPF: 020.997.764-74

Brigida Zilda R. M. de Souza
Diretora do Instituto de Identificação

2a. VIA

IRMÃ DA VITIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.188.676

05/02/2020

MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA

CICERO CESAR DE LIMA
MARIA ALEXANDRINA DE LIMA

CAMPO GRANDE RN

CERT. DE CASAMENTO L-810 F-70 RG-1541
CAMPO GRANDE RN-2 CARTORIO

009.681.234-65

Brigida Zulad R. M. de Souza

Assistente do Instituto de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

17m 22 118-20

MAIOR DE 60 ANOS

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 - II





Maria Chafiz Besor de S. L. A.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303015/20

Vítima: ELIAS CESAR DE LIMA

Data do acidente: 11/04/2020

CPF: 634.013.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAS CESAR DE LIMA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

ANTONIA CESAR DE LIMA : 941.554.454-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

LISIEUX CESAR DE LIMA VASCONCELOS : 020.997.764-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ANTONIO CEZAR DE LIMA : 413.292.794-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

MARIA DA PAZ CESAR DA SILVA : 009.681.234-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2020
Nome: ANTONIO CEZAR DE LIMA
CPF: 413.292.794-68

ANTONIO CEZAR DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA