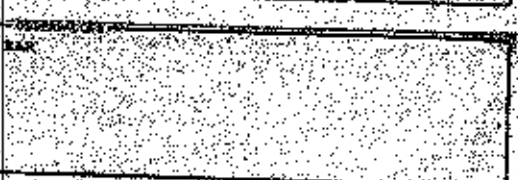


VALIDAR TODOS
OS DADOS NACIONAIS
1821808331



GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS	
DOC. IDENTIDADE (CPF, RG, RNE, etc.)	
001731618 SER. EN	
DATA NASCIMENTO	
01/01/1988	
FILIAÇÃO	
DENAR ACERINO DE ASSIS	
MARTA DAS GRACAS ALMEIDA DE ASSIS	
ENDEREÇO	
RUA	
Cidade	
UF	
CEP	
E-MAIL	
CELULAR	
TELEFONE	
DATA EMISSÃO	
18/01/2008	



Geovano Almeida de Assis

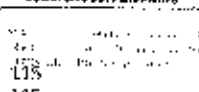
LOCAL DE EMISSÃO	
BOSSORO, RR	
DATA EMISSÃO	
31/05/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR	
74178083304	
EN705791483	
RIO GRANDE DO NORTE	

PROTEJO PLASTIFICAR
1821808331



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Benedito Rêgo de Filho, 1655, 3º And. CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.335/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4492 / Ouvidoria: (84) 3232-4662

ESGOTO E DESENVOLVIMENTO



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 07/01/2020 ÀS 16:13:28

MATRICULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

5493011

01/2020

ANTÔNIA ILMA DA SILVA
RUA RICARDO LIMA, N. 144 - AEROPORTO MOSSORO RN
58620-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
303.009.645.0201.000	11	6390	RESIDENCIAL	GOVERNAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO				
Y305504122	LIGADO	POTENCIAL				

CONSUMO ÁGUA (M3): 13

DATA LEITURA: 07/01/2020
LEIT. ATUAL: 367
LEIT. ANT.: 354
DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	RLI	CONSUMO	REF	CONSUMO	MTGIA
12/2019	14	10/2019	11	08/2019	13	11
11/2019	9	09/2019	11	07/2019	11	

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 43,77 POR UNIDADE	10 M3	43,77
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,88 POR M3	3 M3	14,64
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		1,28

FATURAS EM ATRASO

REF 201911 45,74

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	58,41	1,65	0,96
COFINS	58,41	7,6	4,44

PAGAMENTO

17/01/2020

TOTAL

59,69

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Oxigênio Dissolvido	Nitrito (mg/L)
VMP e Recomendação	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Aterragem	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,24	7,8	100,0 %	1,08	

Companhia Saneamento de São Grande do Norte
Rua Matheus, 150, Bairro Natal - RN, CEP 59095-250
CNPJ nº 02.419.020/0001-51 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cgsn.com.br

RUA ESPANHA 50 AP. 610 JESUATELA
 GUARAPETINS REJO CELINA GUIMARES
 DL C
 AEROPORTO AREA URBANA
 MOSSOROIA RJ
 59802-571

6056

PL-15850-04
REV. 10/03
Model 100

Consolidated 11/7/71	245500000	REGISTRATION	04/01/71 05
Agent on Hand: ANABELA			1.00
Agent on Hand: VERMELHA			2.50
City: San Francisco			5.00

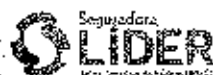
TOTAL DA FATURA 195,36

Nº DO GEREADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO DMS	CONSTANTE 1.0000	AJUSTE	CONSUMO (NOM) 249.10
		DATA 1	LOCAL 1	DATA 2	LOCAL 2				
CONSUMO DE ENERGIA CONSUMOS									

[illegible][illegible]

At the same time, the power of the

CATEGORIA	NOME DO PRODUTO	VALOR MATERIAL	LIMITE MATERIAL	LIMITE TÉCNICO	LIMITE APL	TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE DEFORMAÇÃO (N)	
							ELONG	REDUÇ
ONE		0,00	5,67	14,75	30,00	220		
ONE		0,00	3,23	8,47	12,95			
ONE		0,00	7,88	10,00	5,00			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4036-2535 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ovidório: 0800 021 91 95

Eu, Geovano Almeida de Assis

RG nº 003733638, data de expedição 30 / 05 / 19

Órgão SSP RJ, CPF nº 033599074-73

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ricardo Lima</u>
Número	<u>344</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Parapara</u>
Cidade	<u>Monoré</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>59600-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

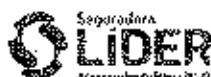
Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monoré-RJ 22/03/20

X Geovano Almeida de Assis

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSSEP 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: 0800-3595 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.04 | Central Cuidador: 0800-021.91.95

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.sussep.gov.br/divulga/ECHEVIB/DULORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=445/12>

A Circular SUSSEP 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, assim, infringindo, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ANUÍTA, 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 9.013/98.

Pelo exposto, eu

Geovano Almeida de Assis

inscrito (a) no CPF/CNPJ

033.599.074 / 73

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Katiane Marta Paula

inscrito (a) no CPF sob o nº 033.569.224 / 02

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Katiane Marta Paula

inscrito (a) no CPF sob o nº

033.569.224 / 02

conforme determinação da Circular Sussep 445/12;

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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:

Rua Ricardo Lima

Número: 344

Complemento: Casa

Bairro:

Aeroporto

Cidade:

Morroá

UF:

PA

CEP:

59600-000

E-mail:

Não possui

Telefone:

(84) 99827-0066

Local e Data:

Morroá - PA 22/03/2020

X Geovano Almeida de Assis

Assinatura do Declarante



OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 56004 - KALIANE MARTA PAULA (38 a 6 m 22 d)

Nascimento: 22/06/1981

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01156922402

Prof:

Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE PAULA

Pai: JOAO PAULO NETO

Logradouro: RICARDO LIMA, 444

CEP: 59607720

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96744423

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: UPA S.M. - REGULADA COM DR JOAO FIRMINO

Classificação:

14/01/2020 13:56:02

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma na região do punho direito e tornozelo esquerdo, apresentando edema nos locais

Hora: _____

Vítima de acidente motociclístico com traumatismo de punho direito.

EF= Dor e edema local.

RX= Fratura de rádio distal sem desvio.

CD= Imobilização gessada do lo- Polmão

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
① Gesso adito Polmão.			
② Voltar 75% ev.			Recusa.
③ Aprimo 10% ev.			
<p>Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM/RN 7430 TEST 16086-ROE 3741</p>			

*SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico: _____

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 15/01/2020

A. Leandro Freire
SAME / ARQUIVO

emit. 15/01/2020



OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 56004 - KALIANE MARTA PAULA (38 a 6 m 22 d)

Nascimento: 22/06/1981

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01156922402

Prof:

Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE PAULA

Pai: JOAO PAULO NETO

Logradouro: RICARDO LIMA, 44

CEP: 59607720

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96744423

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: REGULADO

URG/EMERGENCIA

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: UPA S.M. - REGULADA COM DR JOÃO FIRMINO

Classificação:

PESO:

14/01/2020 13:56:02

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RYS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma na região do punho direito e tornozelo esquerdo, apresentando edema nos locais

Hora:

Vítima de acidente motociclístico com traumatismo de punho direito.

EF: Dor e edema local.

RX = Fratura do rádio distal sem desvio

CD = Imobilização gessada do lo - Palmare.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Gesso radio Palmare.			
② Vol. fover 75 mg 2x.			Recusa.
③ Espirano 10 2x 1.			
<p>Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Unidade do Joelho CRM/RN 7439 TEST 16086-RQE 3741</p>			
<p>Indicação de Exames: 15:56 Terapia de Enfermagem: 16:00 CURATÓRIO 743 23F</p>			

*SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.

(Assinar e

Certificar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO TRAMA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 45.104.12657

SAME / ARQUIVO

not. 150.343-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 033 569 224-02 4 - Nome completo da vítima: Kalliane Marta Paula

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Kalliane Marta Paula 6 - CPF: 033 569 224-02

7 - Profissão: Bordadeira 8 - Endereço: Ricardo Lima 9 - Número: 344 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Acroporto 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-000

15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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: ☒ SECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ 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 (Pode ser banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 68678 3

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de nome titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a alienação em 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 5.194/74), uma vez que:

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

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, comunicando, desde já, ao meu subscritor a análise médica presente, caso necessário, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por terceiro, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 (ou Cã) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 àsqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, 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 art. 170 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 73 | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 74 | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 22/03/20
Kalliane Marta Paula

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007454/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2020 14:54 Data/Hora Fim: 21/01/2020 15:09
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial da Mossoró

Data/Hora do Fato: 14/01/2020 12:50

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Ilha de Santa Luzia
Logradouro: rua general pericles
Complemento: próximo ao banco do brasil stilo

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KALIANE MARTA PAULA (VÍTIMA, COMUNICANTE, SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 22/06/1981

Idade: 38 anos

Naturalidade: RN - Mossoró

Profissão: Bordador

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE PAULA

Nome do Pai: JOAO PAULA NETO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.569.224-02

RG - Carteira de Identidade: 1695443

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Ricardo Lima

Bairro: Aeroporto

Telefone: (84) 9990-2118 (Celular)

Nº: 144

CEP: 59.607-720

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 057.193.254-17

Placa HYT8275

Renavam 00941645959

Número do Motor KC08E18072220

Número do Chassi 9C2KC08108R072220

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Cor PRETA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 15/09/2010

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 21/01/2020 15:10
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007454/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
KALIANE MARTA PAULA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

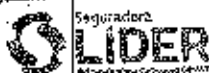
A comunicante informa que estava conduzindo a sua motocicleta, quando levou uma fechada de um carro, fazendo com que ~~caísse no chão~~. Que a comunicante foi socorrida pelo motorista do carro e encaminhada até o Hospital Regional Tarcísio Maia de acordo com o boletim de atendimento nº 971/2020. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.330-2
Responsável pelo Atendimento

KALIANE MARTA PAULA
(Vítima / Comunicante / Suposto Autor/Infetor)

"Declaro para os devidos fins do dilaio que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que poderei responder civil e penalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos Artigos 333-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do selo no ASL: 033 569 224-02 3 - CPF da vítima: 033 569 224-02 4 - Nome completo da vítima: Kalliane Marta Paula

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

5 - Nome completo: Kalliane Marta Paula 6 - CPF: 033 569 224-02 7 - Profissão: Bordadeira 8 - Endereço: Ricardo Lima 9 - Número: 344 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Acoporito 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-000 15 - E-mail: Não possui (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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. Confinar comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUZO 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. Adicione uma caixa) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 68678 3 AGÊNCIA: CONTA:

(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 qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a liberação 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 5.194/74), 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 do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, comprometendo-me a apresentar a análise médica presencial, caso possa isso, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente ou trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: Filhos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: Irmãos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles herdeiros que se apresentarem e provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão de ressarcir o valor resarcido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir) 36 - CPF legível de quem assina e se é de (a seguir) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a seguir)

38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 -

40 - Local e Data: Mossoró - RN, 22/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Kalliane Marta Paula

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO: AG. TERRA DO SAL
DATA: 21/01/2012 HORA: 16:01:46
TERMINAL: 30641012 CONTROLE: 306410120530

AGÊNCIA: 0580 - MOSSORO
CONTA: 013.00068678-3
CLIENTE: KALIANE MARTA PAULA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
18/01

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR. DOC HISTÓRICO VALOR
SALDO ANTERIOR 142,360

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200161977

Vítima: KALIANE MARTA PAULA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KALIANE MARTA PAULA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: KALIANE MARTA PAULA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000068678-3

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

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200161977

Vítima: KALIANE MARTA PAULA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KALIANE MARTA PAULA

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

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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KALIANE MARTA PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000068678-3

Nr. da Autenticação 08934F65A76D34B5

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: KALIANE MARTA PAULA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA, Profissão: BORDADEIRA, Data do Acidente 14/01,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 1695443, órgão expedidor
SSP e do CPF: 01156922402, residente no(a)
RICARDO LIMA, nº 144,
bairro: AEROPORTO, município: MOSSORÓ, RN.

OUTORGADO:

Nome: Geovano Almeida de Azeite, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
003733638, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 033599074-73, residente
no(a) Ricardo Lima, nº 144,
bairro: Aeroporto, município: Mossoró, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró 21/01/2020
Local e Data

1º OFÍCIO

Kaliane Marta Paula

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira

R. Visconde Cabéa, 157 - Centro, Mossoró - RN, 59600-520 FONE: (84) 3317-480
Título: Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma: 2020-001624



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126153/20

Vítima: KALIANE MARTA PAULA

CPF: 011.569.224-02

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KALIANE MARTA PAULA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS : 011.599.074-71

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

KALIANE MARTA PAULA : 011.569.224-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS
CPF: 011.599.074-71

GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200161977 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KALIANE MARTA PAULA **Data do acidente:** 14/01/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

0858012588

[illegible]

WIRE & DE. 2 KILG.

HYT8275

057-193.254-17	PLAZA AND LUF	902K0910807220	057-193.254-17
----------------	---------------	----------------	----------------

[illegible]

NRN/CG 150 TITAN 15	CATEGORIA	PRESTA	CONFEREDOR/INSTRUMENTO
CAPACITACION	PARTICULAR		

[illegible]

002-807-32	R\$ *****	PARCELOAMENTO: 3x	ISENTO
FOLHA 1 PÁG. 1			

DEPARTAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DEPARTAMENTO
DEPARTAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DEPARTAMENTO

NUMBER: EC06E18072220

[illegible]

Coördinator: dr. R. E. J. Oude Vrielink

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E COISAS PERTENCENTES ÀS PATRIMÔNIAS DO-NAO - SEGURO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DE VIDA
 RN Nº 014527612588

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvat.com.br

www.seguridad.org
1-800-800-0221

EXERCÍCIO 11 DATA EMISSÃO 17/04/2019

HT825

153510-7
TIFAN K9

[illegible]

100% **Garantia** de Satisfação

12-21-05 11:26:03 AM

[illegible]

SECRET

CHIPS US, 1000 DOWNEY AVE, SUITE 500, CHICAGO, IL 60606

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200161977 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KALIANE MARTA PAULA **Data do acidente:** 14/01/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00