

1821808331
1821808331

✓ William M.





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Benedito Reis de Freitas, 4650, Timóteo, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.889/0001-35 (INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 | Ouvidoria: (84) 3232-4662

ESGOTAMENTO DE ÁGUA E ESGOTO

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

115

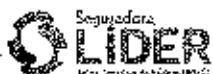
115

115

115

115

115



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: 0800-7596 / Outras regiões: 0800-023-12-06
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-83-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-66 | Central Dividendo: 0800-021-91-95

Eu, Geovane Almeida de Assis

RG nº 0037.15648, data de expedição 30/05/39,

Órgão SSP RN, CPF nº 030.599.014-73,

venho perante a este instrumento declarar que não posso 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>104</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Aeroporto</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59 600 - 000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Flamória-RN 22/03/20

X Geovane Almeida de Assis

Assinatura do Declarante



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

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-15967 | Outras regiões: 0800-022.52.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.80 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800-022.12.06 | Central de Atendimento: 0800-021.91.55

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BRU/UR/ECARVE/BU/CONSTITUICAO/ASPX/TIPO=1&COODENCAO=2&N=50>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ANTRIA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TERR POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECOLHER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Geovane Almeida de Assis

inscrita (a) no CPF/CNPJ 033.599.074-73, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Kaliane Marta Pavla inscrita (a) no CPF sob o N° 033.569.224-02

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Kaliane Marta Pavla

inscrito (a) no CPF sob o N° 033.569.224-02, conforme determinação da Circular Susep 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 da residência junto à Seguradora Lider-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 prisão penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Ricardo Lima</u>	Número:	<u>344</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Aeropolis</u>	Cidade:	<u>Moscou</u>	UF:	<u>SP</u>
Email:	<u>Nao Bonai</u>				Tel. (DDD): <u>(11) 99827-0066</u>

Local e Data:

Moscou-SP 22/03/2020

X Geovane 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: MOSSORÓ/BRASIL

CNS:

CPF: 01156922402

Sexo: F Cor: PARDAS

Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE PAULA

Prof:

Pai: JOAO PAULO NETO

Logradouro: RICARDO LIMA,444

CEP: 596007720

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.96744423

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: REGULADO

URG/EMERGÊNCIA

*Empresa:

Origem: FAMILIA

OBS: UPA S.M. - REGULADA COM DR JOAO FIRMINO							Classificação:	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 26/01/2020
 Vítima 26/01/2020
 de moto envolvida em acidente de moto ciclística com traumatismo
 de punho direito.

EFE: Dor e edema local.

EX: Fratura de radio distal sem desvio.

CD: Imobilização gessada no lado - palmar

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Gesso adto Rot - av.			
② N/0 faver 75 g - dia. - Recuse.			
③ Aprano 16 g - dia.			

*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.
 Carimbar:

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 15/01/2020

Dr. Leandro Freire

Ortopedia e Traumatologia

Clínica do Joelho

CRM/RN 7439 TEC/PROF. ROE 3741

CRON/ 7439 TEC/PROF. ROE 3741

CRM/RN 7439 TEC/PROF. ROE 3741

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

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

Nascimento: 22/06/1981

Natural: MOSSORÓ/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: MOSSORÓ

Telefone: 84.96744423

Compl:

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

Tipo: REGULADO

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	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora:

Vítima se envolveu moto acidente com trator
de punho direito.

Ef: Dor e edema local.

Ex: Fratura de radio distal sem desvio

CD: Imobilização gesso antebraço - palmar.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

① Gesso antebraço R -

Recom.

② VD faro 75 g d -

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia do Joelho
CRMN 1497 TEOF 16086-S0E3741

15:50
União das Bacias Rio
Serrinha Enfermagem
CDU/UFPI

③ Diprospan 1 g d -

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

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

Médico:

(Assinar e

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.
Certi/Bar:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/01/2020

14/01/2020
SAME / ARQUITETO
mto. 150 150 150



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do número do ASE:

3 - CPF da vítima:

033 569 224 - 02

4 - Nome completo da vítima:

Kaliane Marta Paula

5 - Nome completo:

Kaliane Marta Paula

6 - CPF:

033 569 224 - 02

7 - Profissão:

Bordadeira

8 - Endereço:

Ricardo Lima

9 - Endereço:

144 Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Mossoró

13 - UF:

RJ

14 - CEP:

39600 - 000

15 - E-mail:

Não tenho

16 - Telefone:

(84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉDIO 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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADORES/TUTORES) CONTA PÓUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Asfalei uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304) CONTA CORRENTE (Podes os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (0560)

CONTA: (68618)

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o digito verificador

Inserir o digito verificador

Inserir o digito verificador

Inserir o digito verificador

Autorizo à Seguradora Lider a crediar na conta bancária informada, de minhas titulações, o valor da indenização, que é o valor do Seguro DPVAT a que sou titular direito, restando credor e devedor, desde já e sempre após a elevação do crédito, o valor total da indenização.

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 6.290/74), 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 agilizar do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, devidamente, em ma submeter à análise médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora. Ligar para verificação se existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veiculo automotor, conforme o disposto na Lei 6.290/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

 Solteiro Casado (00 CIV) Divorciado Separado judicialmente Vôvo

24 - Data do

morte 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

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

residência permanente?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou

cônjuges vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem da sua condição, estando vivos, anua, de que qualquer declaração ou declaração não verdadeira posta fará o direito de receber, a título de responsabilidade criminal, por infração do art. 6º do Código Penal.

34

34 - Nome legível de quem assina a pedida (a cegu)

35 - 36 - Nome:

CPF:

Assinatura do beneficiário

36 - CPF legível de quem assina a pedida (a cegu)

37 - Assinatura de quem assina a pedida (a cegu)

CPF:

Assinatura do beneficiário

40 - Data e Data:

Mossoró - RN, 22/01/20

Kaliane Marta Paula

M. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 003 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA 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 de Mossoró

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

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Ilha de Santa Luzia

Logradouro: rua general perides

Complemento: próximo ao banco do brasil sítio

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: KALIANE MARTA PAULA (VÍTIMA, COMUNICANTE, SUPÓSTO 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

Nº: 144

Bairro: Aeroporto

CEP: 59.607-720

Telefone: (84) 9990-2118 (Celular).

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 057.193.254-17

Placa: HYT8275

Renavam: 00941645959

Número do Motor: KG08E18072220

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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007454/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
KALIANE MARTA PAULA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

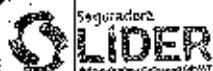
A comunicante informa que estava conduzindo a sua motocicleta, quando levou uma fechada de um carro, fazendo com que caisse no chão; Que a comunicante foi socorrida pelo motorista do carro e encaminhada até o Hospital Regional Tarciso Maia de acordo com o boletim de atendimento nº 971/2020. Nada mais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

ASSINATURAS

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

KALIANE MARTA PAULA
(Vítima / Comunicante / Suspeito Autor/Istrutor)

"Declaro para os devidos fins do direito que sou o(s) único(s) responsável(es) pelas informações acima assinadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 333-Denúnciação Colacionar e 340-Comunicarão Falso de Crime ou do Contraventimento do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora

LIDER

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

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUSPENSORES) INVÉDIZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do atestado na ASL:

3 - CPF da vítima:

033 569 224-02

4 - Nome completo da vítima:

Kaliane Martha Paula

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR445/2012

5 - Nome completo:

Kaliane Martha Paula

6 - CPF:

033 569 224-02

7 - Profissão:

Bordadeira

8 - Endereço:

Ricardo Lima

9 - Endereço:

394

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Cep:

59600-000

15 - E-mail:

Não tenho

(84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO ANCIOR ENTRE 9 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPLANÇA (sómente para os bancos abaixo. Adicione uma coluna) CONTA CORRENTE (podes ser banco) Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: (0560)

CONTA: 68678

3

(informar o dígito de verif.)

(informar o dígito de verif.)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito de verif.)

(informar o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/fracção do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reembocando e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quicagem total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVÉDIZ PERMANENTE

23 - Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.904/94), uma vez que:

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

Sobrará o prosseguimento da obtenção do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IMI, concorrendo, nesse sentido, em me submeter à análise médica presente, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente ou fato de trânsito causado por veículos automotivos, conforme o disposto na Lei 8.904/94.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de ser testado e avaliado médica, caso dispor de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (do Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Seu vínculo deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
teve filhos? Não Vivos Falecidos Vivos Falecidos Vivos Falecidos Vivos Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem seu parentesco, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

DOCUMENTOS AUTORIZADOS



34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

35 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

37 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Florianópolis - SC, 22/03/20

Kaliane Martha Paula

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (descartável)

43 - Assinatura do Pencurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPI-003 V002/2019

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERATIVA

AUTOATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL
DATA: 21/01/2020 HORA: 16:01:46
TERMINAL: 30641012 CONTROLE: 304410120536

AGÊNCIA: 0560 - MOSSORÓ
CONTA: 013.00008678-3
CLIENTE: KALIANE MARTA PAULA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LÍMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
18/01	142,360

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	---------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	142,360
--	--	----------------	---------

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, 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, retorno 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



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, 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: 00000068678-3

Nr. da Autenticação 08934F65A76D34B5

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: KANIANE MARTA PAULA brasileiro(a).
estado civil: SOLTEIRA Profissão: BORDADEIRA Data do Acidente 14/01.
Cobertura Invalido, 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: Geovane Almeida de Nocis brasileiro(a).
estado civil: Solteiro Profissão: Autônomo portador(a) do RG
003133648, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 033599074-71 residente
no(a) Ricardo Lima nº 344,
bairro: Aeroparque, 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 OFICIO

Kaniane Marta Paula

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Centro Vieira

R. Vicente Góes, 157 - Centro, Mossoró - RN, 28800-520 FONE: (84) 317-4811
TUTOR: Edimil 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2020

Titular do CPF: KALIANE MARTA PAULA

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEOVANO ALMEIDA DE ASSIS

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

Valorização 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN/RN - 11988 / 00365-NB 014527612598

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CÓD. REGR.: 00941605599

ANTO: 2019
PLACA: HYT8275

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

USO: 057 - 057 - 057 - 057 - 057 - 057

PLACA: HYT8275 / CE
CÓD. REGR.: 00941605599

DATA: 05/07/2019
CATEGÓRIA: 9022KCS100971226

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 014527612598 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
DAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORES.DPVAT.COM.BR
SAC DPVAT 0800-922-1294

PERÍODO:

DATA EMISSÃO:

2019

DATA VENCIMENTO:

2019

PERÍODO:

DATA EMISSÃO:

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