

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

---

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200386821**

**Vítima: KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

**Data do Acidente: 09/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200386821**

**Vítima: KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

**Data do Acidente: 09/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

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: KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 341**

**Agência: 000008526**

**Conta: 0000030513-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:

023.558.232-86

4 - Nome completo da vítima:

Kristy Ellen de Souza Paes

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

5 - Nome completo:

Kristy Ellen de Souza Paes

6 - CPF:

023.558.232-86

7 - Profissão:

vendedora

8 - Endereço:

Rua Taquaral

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q.349 L.412

11 - Bairro:

Br. Arton Rocha

12 - Cidade:

Belo Horizonte

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

69.318-736

15 - E-mail:

tidelba.vista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(45) 4411-7592

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.000 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, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 30513

4

(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 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:

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 nascituro (vainascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

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 áqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Itaú - PE 26 de Out. 2020

+ Kristy Ellen de Souza Paes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 11709/2020 - Registrado em: 25/09/2020 às 17h 53min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 09/07/2020 às 10h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: RUA BRILHO DO SOL

Nº: 000

CEP:

Bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES(19), nascido(a) em 15/08/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), CPF Nº 023.558.232-86, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES e , endereço: RUA TEPEQUEM, cep: 69318-736, Nº: 523, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99117-5392.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A COMUNICANTE INFORMA QUE VINHA COMO GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAS4049, CHASSI 9C2KC1640AR011048 E PROPRIEDADE DE DENIS SILVA DO NASCIMENTO, QUE ERA CONDUZIDA PELO O SR. DENIS SILVA DO NASCIMENTO, NA RUA BRILHO DO SOL, BAIRRO RAIAR DO SOL, SENTIDO AVENIDA ESTRELA DALVA, EM SUA FRENTA VINHA UM RAPAZ EM OUTRA MOTOCICLETA PUXANDO UMA CAROCINHA, QUE DOBROU A ESQUERDA SEM DAR O SINAL, NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR ACABOU BATENDO NA LATERAL ESQUERDA DA CAROCINHA OCASIONANDO O ACIDENTE. AMBOS FORAM SOCORRIDOS PELOS RESGATE DO CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*Kristy Ellen de S. Paes*  
KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES  
COMUNICANTE

# 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:

023.558.232-86

4 - Nome completo da vítima:

Kristy Ellen de Souza Paes

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

5 - Nome completo:

Kristy Ellen de Souza Paes

6 - CPF:

023.558.232-86

7 - Profissão:

vendedora

8 - Endereço:

Rua Taquaral

12 - Cidade:

Belo Horizonte

11 - Bairro:

Brasilândia

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

69.318-736

15 - E-mail:

christybaixista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(45) 4411-7592

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.000 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, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 30513

4

(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 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:

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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivendo)?

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 12a Vila - PE 26 de Out. 2020

+ Kristy Ellen de Souza Paes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000030513-4

---

Autenticação:

3BFC6BD4E2FE300616A4E0D3C973C4C1B4557F0A2AF92432BB30E5A410794D4A



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.347.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nata Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0102074-9

Nº DA NOTA FISCAL 6277987 FCAM®  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2020 11/11/2020	1111	875,99

MARLON DANTAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA  
CNPJ: 034032744000100  
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 2 - LIBERDADE  
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

Atual:	26/10/2020	DATAS DA LEITURA	24/09/2020	Próxima leitura:	24/11/2020
Emissão:	23/10/2020	Anterior:	26/10/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1719802	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWh)							
KWh	TOT/PTA	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh
Leit. Atual	6932	TOT/PTA	FPONTA	FPONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Anterior	5821						INJETADO
Constante	1.000						RESERVADO
Resíduo							
Medido	1111						
Faturado:	1111						

CONSUMO

ILUMINAÇÃO PÚBLICA

DESCRICAÇÃO DA DOTA

1111 A R\$ 0,758847 = 843,07  
32,92

OUTRAS  
INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0,617770

HISTÓRICO DE MEDICAO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Corrêa Fontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 ,00

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

Kristy Ellen de Souza Paes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.558.232 - 86

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Kris

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.558.232 , 86

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Avenida General Ataíde Teixeira</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Aldeadale</u>	Cidade:	<u>Rua Vista</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>lidorboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP:	<u>89.309.000</u>	Tel.(DDD):	<u>(45)99117-5892</u>

Local e Data: Rua Vista - 02 26 Out. 2020

Denilze Corrêa Fontas

Assinatura do Declarante



ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
"Amazônia. Patrimônio dos Brasileiros"



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a Sra. KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES, RG: 340277-0, foi socorrida pela Companhia de Emergência Pré-Hospitalar – CEPH, na data de 09/07/2020. O acidente de trânsito ocorreu na Rua Brilho do Sol, s/nº, bairro Raiar do Sol. Ocorre que, ao ser realizada a busca nos arquivos desta Companhia, foi localizado o relatório de atendimento de ocorrência com o número de aviso 2689-20, constando o nome de CRISTIANE DE SOUZA PAZ como vítima, suscitando dessa maneira erro material no preenchimento do respectivo relatório.

Boa Vista-RR, 12 de agosto de 2020.

*Amannda S. Trajano*  
**AMANNDÀ SILVA TRAJANO – 3º SGT QPCBM**  
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

*Francisco Edson da Silva Costa*  
**FRANCISCO EDSON DA SILVA COSTA – CAP QOCBM**  
COMANDANTE DA CEPH



ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 2689-20  
Nº DE VÍTIMAS: 01/03  
OCORRÊNCIA: T-07  
DATA: 09/07/2020

OBM DE ATUAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	VTR	KMI	KMF
<input type="checkbox"/> 1º BPABM <input checked="" type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	URG1-18	51.766	51.789
H/SAINA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01
08:50	08:58	09:17	09:30	10:06

## 1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: Rua Brilho do Sol  
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: — BAIRRO: Rorar de Sol

LOCAL DA OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO:

## 2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Gustiane de Souza Paz RG/CPF: 023.558.232-86  
D.N.: 115109101 IDADE: 18 SEXO:  Masculino  Feminino PNS:  Sim  Não  
ENDEREÇO: Rua Jequaim Nº 523 BAIRRO: Ailton Rocha  
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE:  Brasileiro  Estrangeiro TEL.: 99153-0757

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Deseja informar sua orientação sexual?  Sim  Não Deseja informar identidade de gênero?  Sim  Não

Se sim, qual?  Heterossexual  Bissexual  Homossexual  
 Outro: \_\_\_\_\_

## 3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.  
 O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento

Assinatura do paciente/vítima: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_

## 4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticção)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	
			15 Pontos

## 5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente	<input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticção).	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	
			— Pontos

## 6. SINAIS VITAIS

PA: 101/6 FR: 120 FC: 79 bpm SpO2: 99% Temperatura: \_\_\_\_\_

## 7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  SIM  NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS:  SIM  NÃO QUAL (is):

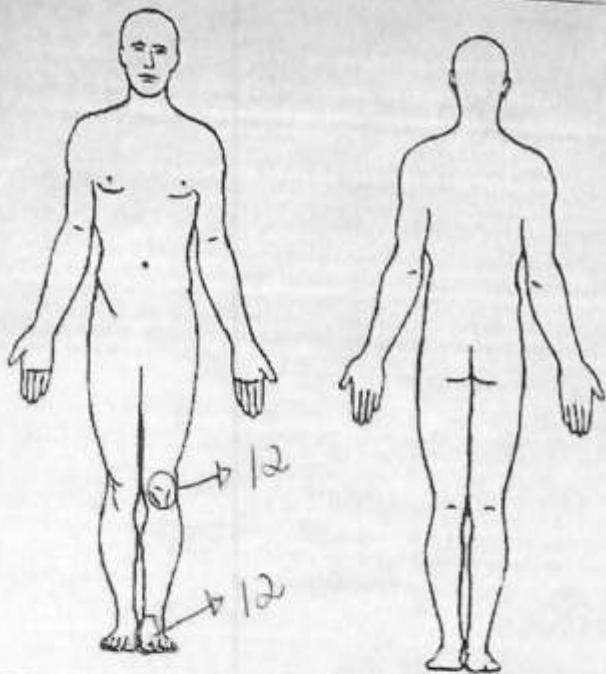
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO:  SIM  NÃO



## 8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

 Óbito evidente PCR

## 9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:

 Vítima encarcerada Vítima ejetada Capotamento

01 ou 02 (suspeita)

## Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras
- 14- Hematoma
- 15- Edema

## 10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima inconsciente sentada, bateu, sem capacete, apresentando escoriação e suspeita de fratura / luxação no punho esquerdo. Foi immobilizada e encaminhada para o hospital mais próximo e informado a remoção da vítima ao PS para cuidados mèdicos.

Em tempo:

A moto da vítima ficou nos cuidados da Ma. Rosângela Góes, RG 240549 com ciência da propria vítima.

## 11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	_____
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____	<input type="checkbox"/> Óculos	_____
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias	<input type="checkbox"/> Relógio	_____

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## 12. UNIDADE DE SAÚDE

- P.S Francisco Elesbão       Hosp. da Criança Santo Antônio  
 P.A Airton Rocha       Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré       Hosp. das Clínicas  
 Pronto Atendimento Cosme e Silva       Hosp. Unimed       Outros: \_\_\_\_\_

## 13. ESTADO DA VITIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

 Estável Instável Crítico

## 14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:

Socorrista(s):

Condutor da VTR

Resp. pelo preenchimento

Sgt. Amanda Sd. Tropa      Sd. Eli Tropa      Sgt. Amanda

## 15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VITIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM, COREN):



Ass.: CAP SILVA COSTA

Dr. Fernando André Martins Ferreira  
Cirurgião Oncológico de  
Cabeça e Pescoço  
CRM-RR 1643 / RQE: 820

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

2001255270	09/07/2020 10:00:10	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	5		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
<b>KRISTYELLEN DE SOUZA PAZ</b>		15/08/2001	18 A 10 M 25 D					
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE				F	NAO	PARDA	NACIONALIDADE	
Mãe					INFORMADO		BRASILEIRA	
NADIRA DE SOUZA PAZ					NI	Contato		
Endereço							Ocupação	
RUA - TEPEQUEM - 523 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco		Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor		URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:	
Queixa Principal		SAMU CAPITAL					LEILSON.SOUZA	
			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem							GSC	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
- ACIDENTE MOTO - moto, TRAJANDO PELOS BOMBOARES COM IMOBILIZAÇÃO EM MSF A, B, C, Z: SINT. E: OSCERMAÇÕES EM MMZI							15	
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO							APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
MÍTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA								
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação					Data e Hora da Saída/Alta: / / : :	
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família			<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

## Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico  
 Dr. Fernando André Martins Ferreira  
 Cirurgião Oncológico de  
 Cabeça e Pescoço  
 CRM/RR-1643 / RQE: 820



Impresso por: leilson.sousa  
 Data Hora: 09/07/2020 10:02:44

2001255270 - Sistema de Terceiros  
 09/07/2020 10:02:44



ZAFZ SISTEMAS E TECNOLOGIA (1/1) Study: 09/07/20 - 10:17 Membros Superiores PUNHO

Paciente: Kristy Ellen De Souza Paes [GT11]

ZAFZ SISTEMAS E TECNOLOGIA (1/1) Study: 09/07/20 - 10:17 Membros Superiores PUNHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / 3142655 SSP RR

CPF: 792.657.152-00 DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

PAI/AO: JOSE DE SOUZA CORREA

MÃE: EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT.HAB: B

Nº REGISTRO: 01953411311 VALIDADE: 25/03/2019 1ª HABILITAÇÃO: 31/05/2010

OBSERVAÇÕES:

*Denilze Correa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 25/06/2014

*Denilze Correa Dantas*  
Assinatura do Portador  
Dir. Exec. Presidente  
DETAN RR  
MATERIAL DA EMISSÃO

59564648026  
RR207683212

DETAN R.R. RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

905314502

PERMITIDO PLASTIFICAR



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200386821      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES      **Data do acidente:** 09/07/2020      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do rádio distal esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 50°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador, imobilização gessada por 02 meses, fez fisioterapia, alta em setembro de 2020

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau leve no punho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no punho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: **3200386821**

Nome do(a) Examinado(a): **KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Tepequem, 523, , Boa Vista/RR**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / 3402770**

Data e local do acidente: **09/07/2020 - Boa Vista/RR**

Data e local do exame: **12/11/2020 - Boa Vista/RR**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Vitima de colisão moto/moto com consequente fratura do rádio distal esquerdo**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Vitima ficou com imobilização gessada por 02 meses, fez fisioterapia, alta em setembro de 2020**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 50°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no punho esquerdo.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Punho E: alteração dos movimentos de flexão/extensão, sem atrofias**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

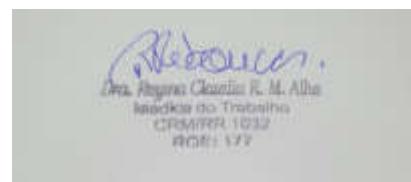
**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Kristy Ellen de Souza Paes  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
 PROFISSÃO: Vendedora  
 ENDEREÇO: Rua Tequim, N-523, 174, Anton Rosha  
 ESTADO CIVIL: Solteira  
 CPF: 023.508.232 - 86  
 VÍTIMA: Kristy Ellen de Souza Paes  
 CPF: 023.508.232 - 86  
 NATUREZA:  DAMS       INVALIDEZ       MORTE  
 DATA DO ACIDENTE: 04/07/20

### OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREA DANTAS  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
 PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00  
 ENDEREÇO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidida, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista-RR 08 de Setembro 2020

X Kristy Ellen de Souza Paes  
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306973/20

**Vítima:** KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

**CPF:** 023.558.232-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/07/2020

**Titular do CPF:** KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

### KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES : 023.558.232-86

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](http://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: 28/10/2020  
Nome: KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES  
CPF: 023.558.232-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

MANOEL COELHO NETO