

---

**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

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, 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](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 Pais

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 Pais

7 - Profissão:

Enfermeira

8 - Endereço:

Rua Tepequém

6 - CPF:

023.558.232-86

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q.349 L.412

11 - Bairro:

Quil. Carlon Rocha

12 - Cidade:

Bela Vista

15 - E-mail:

lucilhoaristo.pendencia@hotmail.com

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.318-736

16 - Tel. (DDD):

(45) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 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, 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

8526

CONTA:

30513

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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 (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bela Vista - PE 26 de Out. 2020

Kristy Ellen de Souza Pais

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 023.558.232-86

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA 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

Logradouro: RUA BRILHO DO SOL

Bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

**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 FRENTE 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 POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
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 Pais

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 Pais

7 - Profissão:

empregada

8 - Endereço:

Rua Tapequém

6 - CPF:

023.558.232-86

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q.349 L.412

11 - Bairro:

Quil. Carlon Rocha

12 - Cidade:

Bela Vista

15 - E-mail:

lidiarboavisto.pendencia@hotmail.com

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.318-736

16 - Tel. (DDD):

(45) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 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, 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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 (vai nascer)?

☐

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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bela Vista - PE 26 de Out. 2020

Kristy Ellen de Souza Pais

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 023.558.232-86

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

# ITAÚ – 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 Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota 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.

CONTA MÊS	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

DATAS DA LEITURA			
Atual:	26/10/2020	Anterior:	24/09/2020
Emissão:	23/10/2020	Apresentação:	26/10/2020
		Próxima leitura:	24/11/2020
		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 TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	6932							
Leit. Anterior	5821							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	1111							
Faturado:	1111							

CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
ILUMINACAO PUBLICA	1111 A R\$ 0,758847 =	843,07	32,92

OUTRAS  
INFORMAÇÕES  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 1111 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

1111

# 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Kristy Ellen de Souza Pais Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.558.232 - 86

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Kru

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Avenida General Ataíde Trive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Cidade: <u>Itabirito</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>69.309-000</u>
E-mail: <u>liderbaavista.pendencia@hotmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Itabirito - PE 26 Out. 2020

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante



## 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.

*Amannnda S. Trajano*  
**AMANNDA 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: 2689-10  
Nº DE VÍTIMAS: 01/03  
OCORRÊNCIA: T-07  
DATA: 09/07/2020

OBM DE ATUAÇÃO

☐ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL  
☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA

ÁREA DE ATUAÇÃO

☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro  
☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural

VTR

UR01-18

KMI

51.766

KMF

51.789

H/SAÍDA

08:50

H/NO LOCAL

08:58

SAÍDA DO LOCAL

09:17

NO DESTINO

09:30

H/NA OBM OU B-01

10:06

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: Rua Brilho de Sol Nº — BAIRRO: Raimar de Sol

CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: —

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Lúsciane de Souza Paz RG/CPF: 023.558.232-86

D.N.: 15/08/01 IDADE: 18 SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: Rua Tepequim Nº 523 BAIRRO: Ailton Rocha

CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: TEL: 99153-0957

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual

☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual

☐ Travesti ☐ 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 type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <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"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	— Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 10/6 FR: FC: 99bpm SpO2: 99% Temperatura:

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO



CAP SILVA COSTA

# 8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☒ Óbito evidente

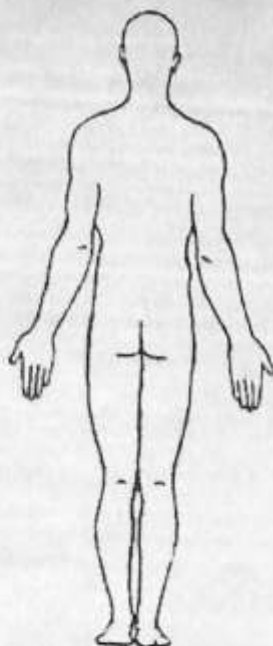
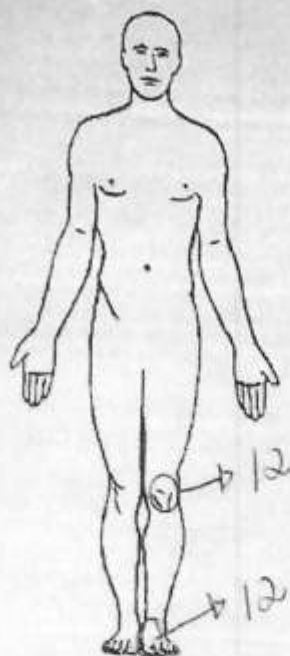
☒ PCR

☒ Vítima encarcerada

☒ Vítima ejetada

☒ Capotamento

## 9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



### 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 encontrada sentada, LOTE, sem capacete, apresentando escoriações e suspeita de fratura/luxação no punho esquerdo. Foi imobilizada e estabilizada a mão esquerda e encaminhada a vítima ao PS para cuidados médicos.

Com tempo:

A moto da vítima ficou aos cuidados da Srta. Reginal Ga-  
lilha, RG 240548 com carteira da prova vítima.

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

- ☐ Carteira de identidade
- ☐ CNH
- ☐ CPF
- ☐ Título de eleitor

- ☐ Cartão magnético
- ☐ Cheque
- ☐ Dinheiro R\$
- ☐ Jóias

- ☐ Und
- ☐ Capacete
- ☐ Calçado
- ☐ Óculos
- ☐ Relógio

☐ Outros:

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

## 12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão

☐ P.A Ailton Rocha

☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva

☐ Hosp. da Criança Santo Antonio

☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré

☐ Hosp. Unimed

☐ Hosp. das Clínicas

☐ Outros:

## 13. ESTADO DA VÍTIMA 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

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

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM, COREN):



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

KRISTYELLEN DE SOUZA PAZ

Data Nascimento

15/08/2001

Idade

18 A 10 M 25 D

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

NADIRA DE SOUZA PAZ

Endereço

RUA - TEPEQUEM - 523 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

LEILSON.SOUSA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

- ACIDENTE MOTO - MOTO, TRAZIDA PELA  
BOMBAS COM IMOBILIZAÇÃO EM MSB

Exame Físico

A, B, C, D: SINT.

E: OSCILAÇÕES EM MM II

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ALTA DA CIRURGIA GERAL

AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

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



2001255270

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

2020  
SUS - Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília - DF







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

**NOME**  
DENILZE CORREA DANTAS

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR**  
3142655 SSP RR

**CPF**  
792.657.152-00

**DATA NASCIMENTO**  
08/03/1979

**FILIAÇÃO**  
JOSE DE SOUZA CORREA  
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

**PERMISSÃO**  
[ ]

**ACC**  
[ ]

**CAT. HAB**  
8

**Nº REGISTRO**  
Q1953412311

**VALIDADE**  
25/03/2019

**1ª HABILITAÇÃO**  
31/05/2010

**OBSERVAÇÕES**

*Denilze Correa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
BOA VISTA - RORAIMA

**DATA DE EMISSÃO**  
25/08/2014

*Emilson Dantas Santos*  
Diretor - Provisório  
DETRAN RR  
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026  
RR207683212

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
905314502


PROIBIDO FALSIFICAR  
905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OSCILIO CRUZ



Polegar Direito



*Kristy Ellen de Souza Paes*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

340277-0

KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

13/02/2017

NÁDIA DE SOUZA PAES

BOA VISTA - RR

CERTO MASC 30093 FLS 140V LIV A-50  
2 OF BOA VISTA-RR

023.558.232-86

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 1

# 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 atrofia 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. Cumprir 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

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

**Sequelae:** 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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.

Vítima de colisão moto/moto com consequente fratura do rádio distal esquerdo

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

Vítima 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 atrofia 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. Nexos 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 atrofia

**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.

Punho Esquerdo - Leve - 25%

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



Dra. Regina Claudia F. M. Almeida  
Médica do Trabalho  
CRM/RR: 1032  
RQE: 177



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Kristy Ellen de Souza Paes  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Vendedora CPF: 023.558.232-86  
ENDEREÇO: Rua Tepequim, N-523, Duartan Rocha  
VÍTIMA: Kristy Ellen de Souza Paes  
CPF: 023.558.232-86 DATA DO ACIDENTE: 09/07/20  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### 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 Invalidez, 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.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Aldeia Nova, 489 - Boa Vista - RR  
Fone: (068) 3627-6129  
daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

221.728.5657a98b377b4  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
\*KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

Em testemunho da verdade, VMOI  
Do que dou fé, Boa Vista-RR, 08 de setembro de 2020.  
Consulte via e-scriba abaixo em: [cdaes.cartorio2ooficio.com.br](https://cdaes.cartorio2ooficio.com.br)  
REC.FIR:156296786ZQ3KIBL4XQ868/

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos TSS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Denilze Cordeiro  
Barbosa dos Santos  
Escritor Autônoma

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306973/20

**Vítima:** KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

**CPF:** 023.558.232-86

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO