

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2956448720210120171952**

**Processo 0832524-73.2020.8.23.0010** - (29 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)															
<b>Realces</b>																				
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																				
<b>Filtros</b>																				
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																				
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10																				
500 por pág.  1																				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																	
<input type="checkbox"/> 10	20/01/2021 17:19:52	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">10.1</td><td style="width: 30%;">Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 20%; text-align: right;"> 2778317CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td></td><td>10.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2778317CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td></td><td>10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778317CONTESTACAO01.pdf	Público		10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778317CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778317CONTESTACAO01.pdf	Público																
	10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778317CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público																
	10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																
<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> 9 12/01/2021 10:11:16 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 8.																				
<input type="checkbox"/> 8	12/01/2021 09:29:27	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA <b>Analista Judiciária</b>																	
	7 11/01/2021 01:34:29	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/01/2021)	Jhonatan de Almeida Santil <b>Analista Judiciário</b>																	
<input type="checkbox"/> 6	07/01/2021 14:44:37	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA <b>Magistrado</b>																	
	5 22/12/2020 11:34:54	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ																	
	4 22/12/2020 11:34:54	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ																	
	3 22/12/2020 11:34:53	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																	
	2 22/12/2020 11:34:53	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																	
<input type="checkbox"/> 1	22/12/2020 11:34:53	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	MARLON TAVARES DANTAS <b>Advogado</b>																	



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

Pag. 01571/01572 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16294015

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSNF NB33A J8383 HEQMY





## 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Kristy Ellen de Souza Paes

6 - CPF:

023.558.232-86

7 - Profissão:

Analista

8 - Endereço:

Rua Tepequem

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q.349 L-412

11 - Bairro:

Parque das Rosas

12 - Cidade:

Belo Horizonte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

69.310-736

15 - E-mail:

sidirbaixito.pendencia@hotmail.com

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:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 30513

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)?

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 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

informado  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
de preferência

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

1201 Vitor - PR 26 de Out. 2020

+ Kristy Ellen de Souza Paes

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDERECO: 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 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 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Kristy Ellen de Souza Paes

6 - CPF:

023.558.232-86

7 - Profissão:

Analista

8 - Endereço:

Rua Tepequem

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q.349 L-412

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Belo Horizonte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

69.310-736

15 - E-mail:

sidirbaixito.pendencia@hotmail.com

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: [ ]

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 30513

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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

Sim

Não

nascituro (vámenes)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos: Falecidos:

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

informado  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
de preferência

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:

40 - Local e Data,

100 Vila - PE 26 de Out. 2020

Assinatura da testemunha

+ Kristy Ellen de Souza Paes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



# 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**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eno Garcerz, 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 348/13

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

MARLON DANTAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA  
CNPJ: 03.403.274/4000-100  
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 2 - LIBERDADE  
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

Atual: 26/10/2020 Anterior: 24/09/2020 Próxima leitura: 24/11/2020  
Emissão: 23/10/2020 Apresentação: 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)**

Leit. Atual	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	6932							
Leit. Anterior	5821							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	1111							
Faturado:	1111							

**CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA**

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

**OUTRAS INFORMAÇÕES**  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 1111 - 0,617778

**HISTÓRICO DE MEDICAO**

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/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 RESSEGUERO. <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 Dantas*

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 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:	<i>Avenida General Ataíde Teive</i>	Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>	
Bairro:	<i>Liberdade</i>	Cidade:	<i>Rua Vista</i>	Estado:	<i>PE</i>	
E-mail:	<i>lidorboavista.pendencia@hotmail.com</i>				CEP:	<i>59.309.000</i>
					Tel. (DDD):	<i>(85) 99117-5892</i>

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

*Denilze Corrêa Dantas*

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*  
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: 09/01/2020

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	UR01-18	51.766	51.789
H/S AÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA 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 N° — BAIRRO: Rua Brilho do Sol  
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: —

LOCAL DA OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Christiane de Souza Paz RG/CPF: 123.558.232-86  
D.N.: 15109101 IDADE: 18 SEXO:  Masculino  Feminino PNS:  Sim  Não

ENDEREÇO: Rua Jiparaim N° 523 BAIRRO: Jiparaim Rocha  
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE:  Brasileiro  Estrangeiro TEL.: 99153-0757

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

Deseja informar sua orientação sexual?  Sim  Não Deseja informar identidade de gênero?  Sim  Não  
Se sim, qual?  Heterossexual  Bissexual  Homossexual  
 Outro: 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 N°: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ 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 checked="" 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 incompr./Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)	
	<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 (Decorticação).	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	— Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 1016 FR: 179 bpm FC: 179 bpm 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

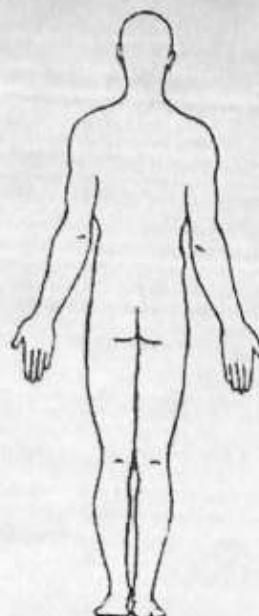
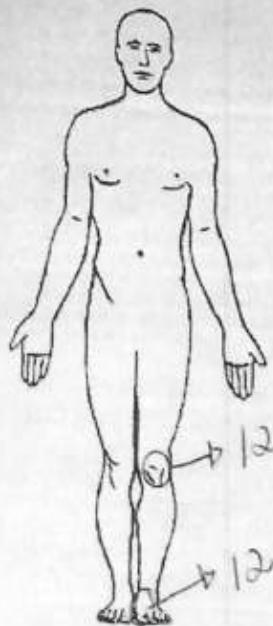
PCR

Vítima encarcerada

Vítima ejetada

Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



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 num copoete, aparentando encarcerar e suspeita de fratura / luxação no punho e quebra fratura imobilizada e orientação e não aguardou a remoção da vítima no PS para cuidados.

Em tempo:

A moto da vítima ficou nos cuidados da sua sogra Rosângela, RG 240548 com auxílio da própria 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	FIs	<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

Hosp. das Clínicas

P.A Ailton Rocha

Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré

Outros: \_\_\_\_\_

Pronto Atendimento Cosme e Silva

Hosp. Unimed

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

Sgt Amannda Sd Treira

Sd Li Tran

Sgt Amannda

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

09/01/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da SaÚde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> 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	Sexo F	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade
IDENTIDADE	Mãe					Nacionalidade BRASILEIRA
NADIRA DE SOUZA PAZ	Enderéco				Contato	
RUA - TEPEQUEM - 523 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Piano 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
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal					Registrado por: LEILSON.SOUSA	
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15	
<p>- ACIDOBRTS MOTO - moto, TRIZIO, 18205 BOMBORES 60m IMOBILIZAÇÃO em msr A, B, C, 2: SINT. E: ESCALADORES em MMIZ</p>						
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	
<p>DATA DA CIRURGIA 08/01 AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA</p>						
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revólva <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação		
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						
10.102.5.252:8888/IS4/ls4//6C0D2289-1BCA-4A19-BF1E-24E5A76FD298.html						

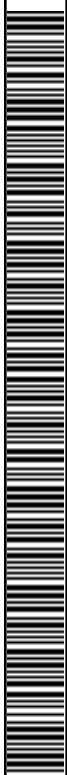




ZAFAZ SISTEMAS E TECNOLOGIA (1/1) Study: 09/07/20 - 10:17 Membros Superiores PUNHO

Patient: Kristy Ellen De Souza Paes [GT11]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSNF NB33A J8383 HEQMVY







## 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.

**Sequela:** 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.

**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 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 (\*)

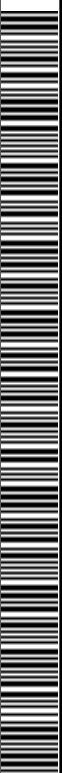
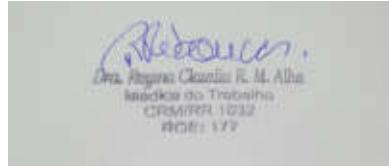
(**)** "Vítima em tratamento"

(**)** "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.

Punho Esquerdo - Leve - 25%

**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 Tapajou, N-573, Bairro Anton Rocha  
ESTADO CIVIL: Solteira  
CPF: 073.558.232-86  
VÍTIMA: Kristy Ellen de Souza Paes  
CPF: 073.558.232-86  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE  
DATA DO ACIDENTE: 09/10/2020

### 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 Lider, 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  
Av. Ataíde Teive, 430 - Centro - Boa Vista/RR  
Fone: (62) 3427-4120  
E-mail: cartorio2oficio@rr.rr.com.br

Em testemunha da verdade, VMO:  
De que deu fe. Boa Vista/RR, 08 de setembro de 2020.  
Consulte sua(s) selo(s) abaixo em [certidao.poderjudicial.com.br](http://certidao.poderjudicial.com.br)  
REC/FIR166236786ZQ3CBL4XQ868

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

**Maria Curvalhe Barbosa dos Santos**  
Daniel Aquino  
Escrivana Autorizada

## 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