

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPTÃO 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

00030786



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





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

Rio de Janeiro, 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.

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:

Invalidadora

8 - Endereço:

Rua Tepequém

6 - CPF:

023.558.232-86

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q. 349 L. 412

11 - Bairro:

Pr. Carlon Rocha

12 - Cidade:

Bela Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.318-736

15 - E-mail:

lucilenevicto.pendencio@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)

22 - 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: Stan

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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


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:

Invalidadora

8 - Endereço:

Rua Tepequém

6 - CPF:

023.558.232-86

9 - Número:

523

10 - Complemento:

Q. 349 L. 412

11 - Bairro:

Pr. Carlon Rocha

12 - Cidade:

Bela Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.318-736

15 - E-mail:

lucilenevicto.pendencio@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:

(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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

24 - Data do óbito da vítima:

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 - Assinatura digital da vítima/beneficiário

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0102074-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene 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 348/13

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 | Próxima leitura: 24/11/2020 | |
| Emissão: 23/10/2020 | Apresentação: 26/10/2020 | Dias de consumo: 32 | |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| Grupo/Subgrupo 1.1.1.3 | Classe/Subclasse RESIDENCIAL | Ligação TRIF | Número Medidor TDT1719802 | Faturamento NORMAL |
| | | | | Modalidade CONVENC |

| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | |
|------------------------|----------------|-----------|---------|--------|----------|--|--|
| Leit. Atual | Leit. Anterior | Constante | Resíduo | Medido | Faturado | | |
| 6932 | 5821 | 1,000 | | 1111 | 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 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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

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> |
| Bairro: <u>Arboreidade</u> | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: <u>lidirboavista.pendencia@hotmail.com</u> | CEP: <u>69.309-000</u> | Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u> |

Local e Data:

Boa Vista - PE 26 Out. 2020

Denilze Correa 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: | 2689-20 | |
|---|---|--|------------|------------------|------------|--------|
| | | | | 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"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª 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/SAÍDA | 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 Zélio de Sol Nº - BAIRRO: Raimundo de Sol | | | | | | |
| CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: - | | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | | | | |
| 2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA | | | | | | |
| NOME: Cristiane de Souza Paz RG/CPF: 023.558.232-86 | | | | | | |
| D.N.: 15/08/01 IDADE: 18 SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino PNS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | | | |
| ENDEREÇO: Rua Japuíma Nº 523 BAIRRO: Ailton Rocha | | | | | | |
| CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro: TEL: 99153-0957 | | | | | | |
| É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, qual: | | | | | | |
| Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Deseja informar identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | | | |
| Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | |
| 3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 acompanhada <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 | 2 Pontos | | | |
| 6. SINAIS VITAIS | | | | | | |
| PA: 10/6 | FR: | FC: 99bpm | SpO2: 99% | Temperatura: | | |
| 7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA | | | | | | |
| ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is): | | | | | | |
| USO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is): | | | | | | |
| APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | | | |



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

09/07/2020

... 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 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

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

Mãe

NADIRA DE SOUZA PAZ

Endereço

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

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

ACIDENTE DE MOTO

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

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

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

**- ACIDENTE MOTO - MOTO, TRAZIDA PELOS
BOMBEIROS 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

MUTA DA CIRCUNFERÊNCIA GERAL

AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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 ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

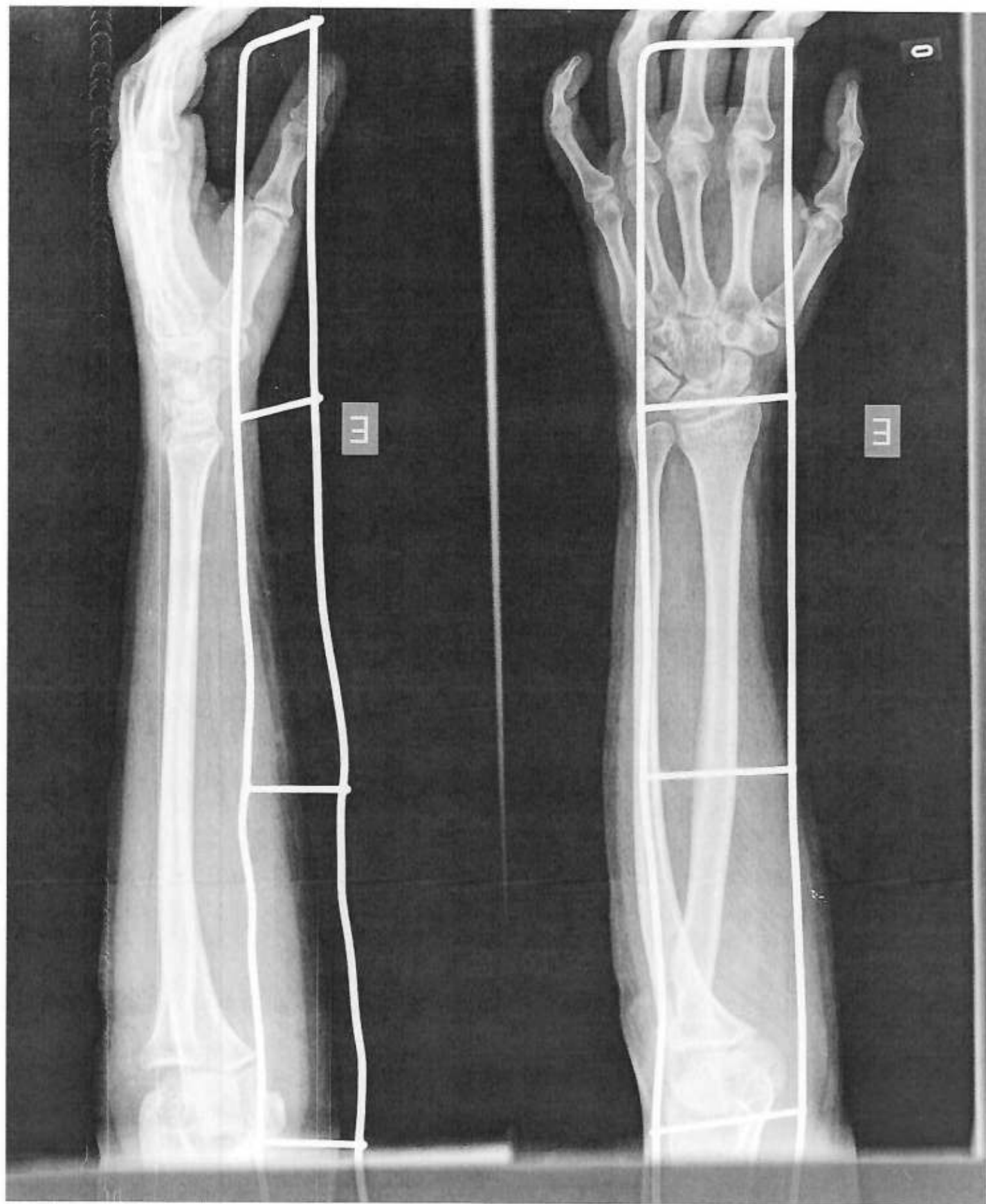
Carimbo e Assinatura do Médico
Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM/RR 1643 / RQE: 820

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

2020
09/07/2020 - Encerrado com Sucesso
09/07/2020 - Encerrado com Sucesso
09/07/2020 - Encerrado com Sucesso



2001255270



ZAFAS SISTEMAS E TECNOLOGIA (1/1)
Patient: Kristy Ellen De Souza Paes [GT11]
Study: 09/07/20 - 10:17 Membros Superiores PUNHO



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | |
|---|-----------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO | | |
| CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO | | |
|  | NOME | DENILZE CORREA DANTAS |
| | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF | 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 | VALIDADE | 1ª HABILITAÇÃO |
| 91953411311 | 25/03/2019 | 31/05/2010 |
| OBSERVAÇÕES | | |
|  | | |
| ASSINATURA DO PORTADOR | | |
| LOCAL | DATA DE EMISSÃO | |
| BOA VISTA - RORAIMA | 25/06/2014 | |
|  | | 59564648026 RR207683212 |
| ASSINATURA DO EMISSOR | | |
| DETRAN-RR (RORAIMA) | | |

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS


905314502

PROIBIDO FALSIFICAR


905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA REGISTRAÇÃO PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCILIO CRUZ



Polegar Direito



Kristy Ellen de Souza Paes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

349277-0

13/02/2017

KRISTY ELLEN DE SOUZA PAES

RELACÃO

NÁDIA DE SOUZA PAES

BOA VISTA - RR

CERTO MASC 30093 FLS 140V LIV A-50
2 OF 80A VISTA-RR

023.558.232-86
2 VTA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL DE BOA VISTA-RR

15/08/2001

DATA DE NASCIMENTO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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. 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 |
| 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela 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 ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Vendedora CPF: 023.558.232-86
ENDEREÇO: Rua Leopoldo, N-523, Dq. Anita 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. Ataide Teive, 4887 - An. Bangu - Boa Vista/RR
Fone: (067) 3627-4124
Solicite: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
221728-5157a98b377b4
KIRSTY ELLEN DE SOUZA PAES

Em testemunho da verdade: VMOI
Do que deu fé: Boa Vista/RR, 08 de setembro de 2020.
Consulte via selo(s) abaixo em: portal.selos.com.br
REC FIR 166236786703KIBLX0868

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

20/728
Thara Carvalho
Barbosa dos Santos
Escritura 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 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