
Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182802

Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SABRINA MATOS DO CARMO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200182802 Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

Data do Acidente: 25/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SABRINA MATOS DO CARMO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200182802 Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

Data do Acidente: 25/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SABRINA MATOS DO CARMO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Laudo do IML - Lesões corporais	Apresentar todos os laudos do Instituto Médico Legal - IML existentes, em cópia simples, com a identificação e carimbo do médico perito e nome completo da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o laudo entregue indica a existência de outro(s).
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182802

Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SABRINA MATOS DO CARMO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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:

447.355.022-20

4 - Nome completo da vítima:

Sabrina Matos do Carmo

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

5 - Nome completo:

Sabrina Matos do Carmo

7 - Profissão:

Cabeleireira

8 - Endereço:

Rua Laura Pinheiro Maia

6 - CPF:

447.355.022-20

9 - Número:

1366/2

10 - Complemento:

apto

11 - Bairro:

Antolândia

12 - Cidade:

Boca Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-738

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 9-9119-0143

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: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00070315

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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

Impressão 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:

Boca Vista, 28/04/2020

x Sabrina Matos do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000683/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/03/2020 09:01 Data/Hora Fim: 11/03/2020 09:28
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 09/01/2019
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 25/12/2018 05:44

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Equatorial
Logradouro: ATAÍDE TEIVE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SABRINA MATOS DO CARMO (ENVOLVIDO , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 21/02/1965	Idade: 55 anos
Naturalidade: AM - Manaus	Profissão: Cabeleireiro		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Leuza Rita Matos		Nome do Pai: Sebastião Bezerra do Carmo	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 87867 SSP/RR
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 447.355.022-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia Nº: 1366
Complemento: Apartamento 02
Bairro: Pintelândia
Telefone: (95) 99165-0125 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: YARA DIVA GUIMARÃES COSTA (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 10/12/1962 Idade: 57 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Autônomo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Ivete Guimarães Costa Nome do Pai: Derson Felix Costa





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000683/2019-A01

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 762.732.616-87

RG - Carteira de Identidade: 464571-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ACRE

Nº: 659

Complemento: APTO 02

Bairro: DOS ESTADOS

Telefone: (95) 99119-0143 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 010.108.023-99	Placa NAX-5828
Renavam 01019335839	Número do Motor KC16E6F501360
Número do Chassi 9C2KC1660FR501360	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Yara Diva Guimarães Costa	Exibidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTE DP PARA RELATAR QUE NA DATA DO DIA 25/12/2018 PELA MADRUGADA ESTAVA EM VIA PÚBLICA NO LOCAL ACIMA MENCIONADO JUNTAMENTE COM UM AMIGO INDO PARA CASA; QUE O AMIGO IRIA DEIXA-LA EM CASA; QUE A COMUNICANTE E O AMIGO ESTAVAM EM UMA MOTOCICLETA QUANDO FORAM ATINGIDOS POR OUTRO VEÍCULO; QUE APÓS O ACIDENTE A COMUNICANTE FICOU DESACORDADA E NÃO LEMBRA DE MAIS NADA; QUE A COMUNICANTE ACORDOU POR VOLTA DAS 22H NO HOSPITAL; QUE NÃO SE RECORDA DAS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO QUE O ATINGIU; QUE A COMUNICANTE SOFREU LESÃO EM TODO O ROSTO, NO PÉ ESQUERDO, NA COSTELA DO LADO ESQUERDO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE A COMUNICANTE FICOU EM OBSERVAÇÃO ACERCA DE DOS DIAS; QUE ESTAVA DIRIGINDO ERA SEU AMIGO. É O RELATO.

A COMUNICANTE SENHORA YARA QUE É PROCURADORA DA VÍTIMA SENHORA SABRINA (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR/CORRIGIR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, ALGUNS DADOS, O QUE FOI FEITO ACIMA; QUE A VÍTIMA/OUTORGANTE ERA TRANSPORTADA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, ESTANDO ESTA NO NOME ANTONIA DALVA SOUSA LEITE E ERA CONDUZIDA/PILOTADA POR JOSIVALDO SOARES; QUE A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ O HGR; E QUE À VÍTIMA/OUTORGANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo/correção.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000683/2019-A01

ASSINATURAS



Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Yara Diva Guimarães Costa
(Comunicante / Procurador)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL – IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.

LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO– **COMPLEMENTAR-Nº 1829/2020/IML/RR.**
Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **Débora Alves Monteiro**
- Requisição: **Nº 048/20/SO/DAT/2020. Referência: BO. Nº 683/2020-5º DPD.**

NOME: SABRINA MATOS DO CARMO	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: MANAUS/AM
IDADE: 55 ANOS (21/02/1965)	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: CABELEIREIRA	ESCOLARIDADE: MÉDIO INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 87867 – SSP/RR	TELEFONE: (95) 99119-0143
FILIAÇÃO: SEBASTIÃO BEZERRA DA CARMO e LEUZA RITA MATOS	
ENDEREÇO: RUA: LAURA P. MAIA, Nº 1366 – BAIRRO: PINTOLÂNDIA – BOA VISTA/RR	
DATA/HORA DO EXAME: 14/04/2020, às 08 horas e 40 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a) Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **0098/2019/IML/RR**, do dia **09/01/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

DESCRIÇÃO:

- Pericianda retornou após tratamento hospitalar.
- Ao exame clínico apresenta:
- Cicatriz inestética em supercílio esquerdo decorrente de trauma;
- Apresenta dor a palpação e a piparotes em região frontal e malar em dímero esquerdo;
- Apresenta dor e limitação de mandíbula durante exame clínico;
- Refere cefaleia crônica pós traumática diariamente.

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, APRESENTA CEFALEIA CRÔNICA PÓS TRAUMÁTICA E LIMITAÇÃO MANDIBULAR.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELAS.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **SEQUELA NEUROLÓGICA E FUNCIONAL DE MANDÍBULA DE CARÁTER PERMANENTE, RELACIONADO AO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Sâmara S. Salustiano

Francisco E. Carlos P.
Médico Criminal
Méd. Leg. 44003-07

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SABRINA MATOS DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000070315-7

Nr. da Autenticação 02D80913C0308182



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para conferir com
a Tarifa Social de Energia Elétrica,
inf. e este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0009732-2

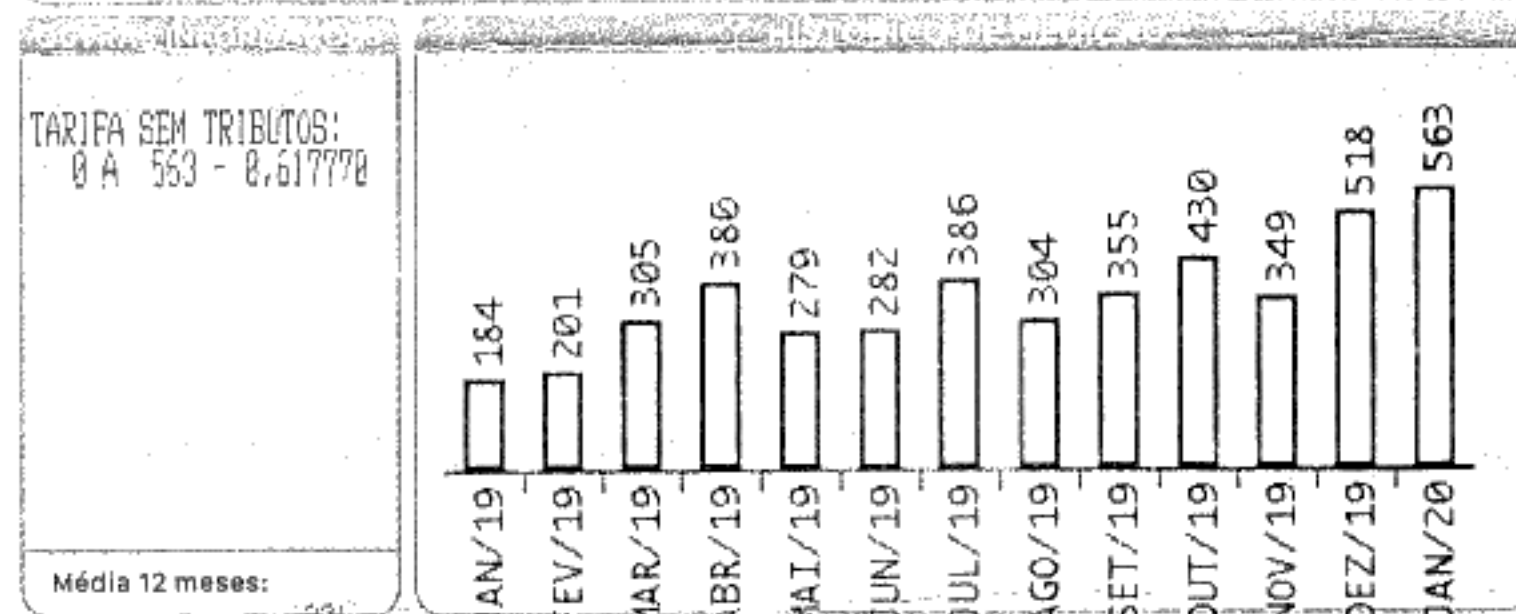
Nº da Nota Fiscal 4533838

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL PAGAR
JANEIRO/2020	16/02/2020	563	465,78
IVETE GUIMARAES COSTA		CPF: 0001122233396	
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS			
CEP: 69.305-510 - BOA VISTA			

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 61969	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 61406	Anterior: 30/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: 2201485
Consumo medido: 563	Apresentação: 31/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 563		Modalidade: 0 1619579

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	563 A R\$ 0,760481 =	428,15
ILUMINACAO PUBLICA		37,63





MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 53D6.6260.1D82.D8F5.47FD.14A1.B59C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	232,72	Encargos:	13,16	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	101,92	Tributos:	80,33	ICMS:	17,00%	72,78
Transmissão:	0,00			PIS:	0,31%	1,33
				COFINS:	1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			EUSD: 105,50

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 Yara Dora Guimarães Costa inscrito (a) no CPF 762.732.616-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sabrina Mates do Carmo inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.355.022-20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Sabrina Mates do Carmo inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.355.022-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

RG e CPF

☒ 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>Rua Acre</u>	Número	<u>569</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Estados</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>Yaradira.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	CEP <u>69.305-510</u>	
			Telefone celular (DDD) <u>(95) 9.9119-0143</u>		

Boa Vista, 28 de abril de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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.

1601050826 25/12/2018 06:05:28 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO

Paciente Data Nascimento Idade CNS 898003015861435 44735502226

SABRINA MATOS DO CARMO 21/02/1965 53 A 10 M 4 D

Ido Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 87867 SESP/RR F SOLTEIRO(A) PARDA MANAUS - AM BRASILEIRA

Mãe Pai Contato

LEIZA RITA MATOS SEBASTIAO BEZERRA DO CARMO (95) 99174-2727

Endereço Ocupação

AVENIDA - VILLE ROY - 6714 - CENTRO - BOA VISTA - RR Filho: Micael Matos - 99120-0305 NÃO INFORMADO

Class. do Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por

GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA JACKSON SA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita

Anamnese de Enfermagem GSC 107

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSER.

1. Dor no abdômen (G)
2. Trauma com vidro (G)
3. Abdômen rígido (G)
4. Trauma com vidro (G)
5. Trauma com vidro (G)
6. Trauma com vidro (G)
7. Trauma com vidro (G)
8. Trauma com vidro (G)
9. Trauma com vidro (G)
10. Trauma com vidro (G)

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

Órgão

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

15/12/18

Ingresso por: jackson.sadovski

Data Hora: 25/12/2018 06:06:19

Dr. Simão

Neur CRM RQE

15/12/18

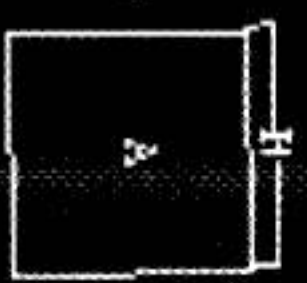
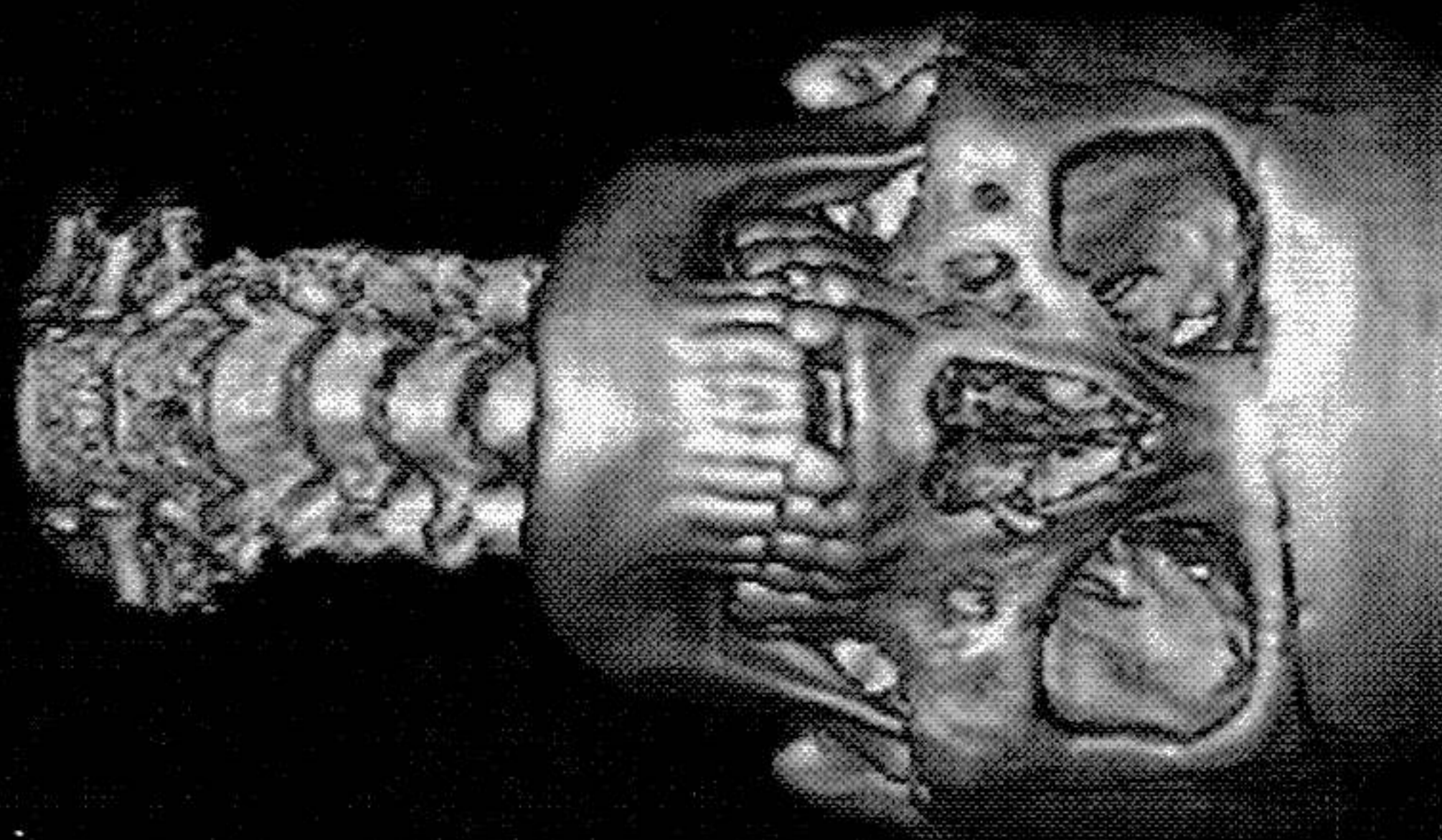
15/12/18

15/12/18

15/12/18

SABRINA DO CARMO
GT F/53y
2

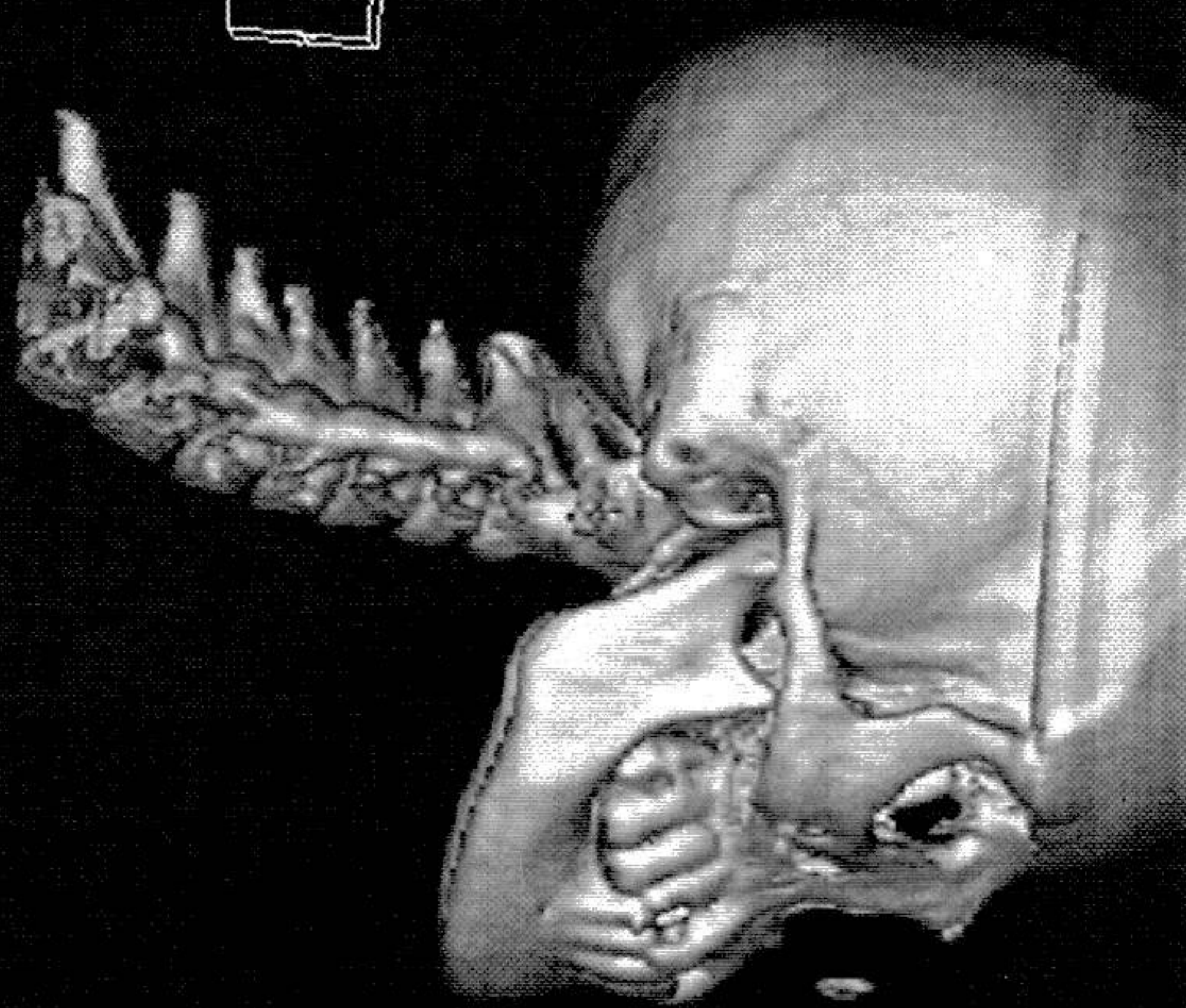
PMSTL SABRINA DO CARMO
Philips Brilliance GT F/53y
25 Dec 2018 05:02:4 2
120kV, 300mAs
SC 312.0 mm



R

F

PMSTL SABRINA DO CARMO
Philips Brilliance GT F/53y
25 Dec 2018 05:02:4 2
120kV, 300mAs
SC 312.0 mm



P

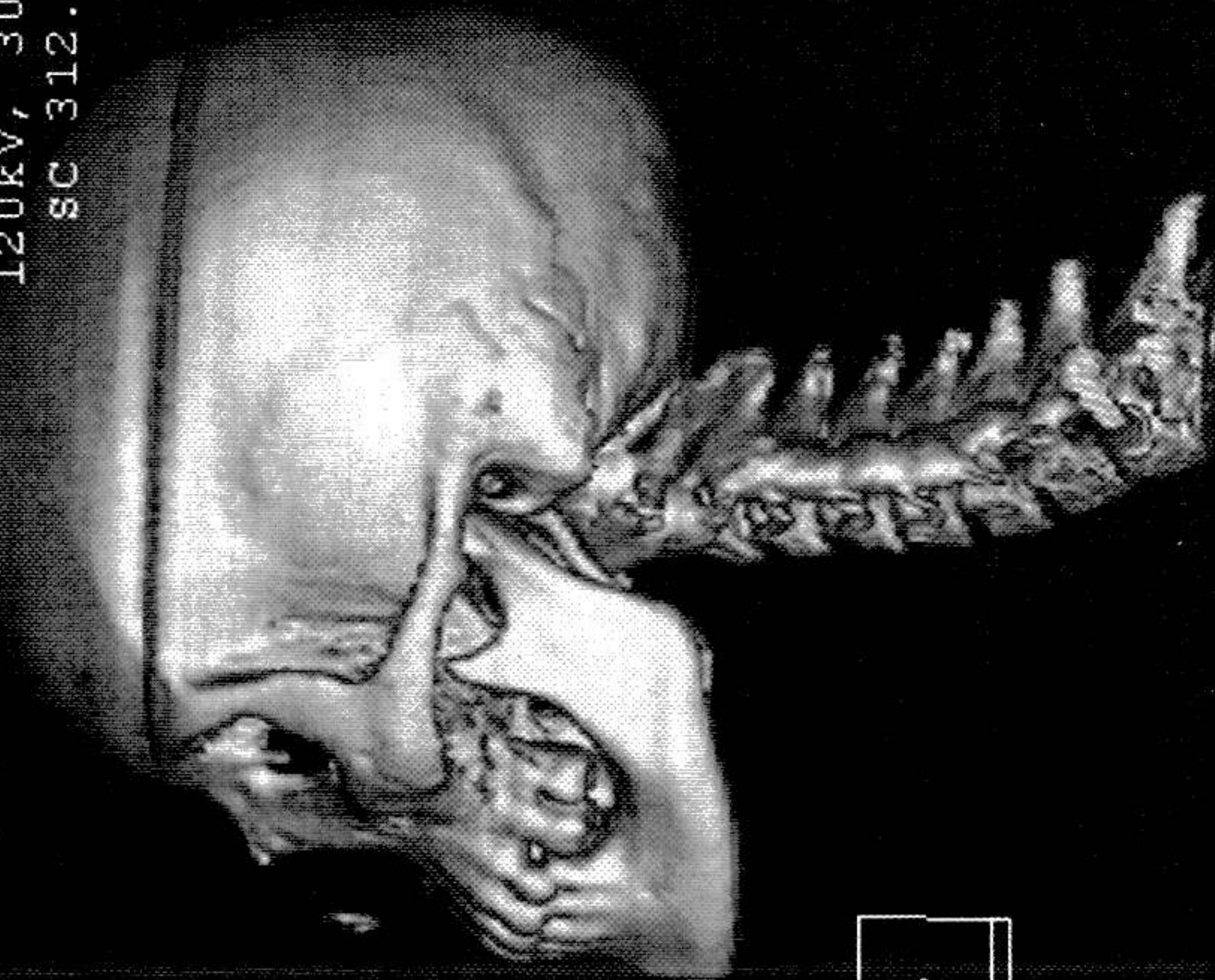
F

SABRINA DO CARMO
GT F/53y
2

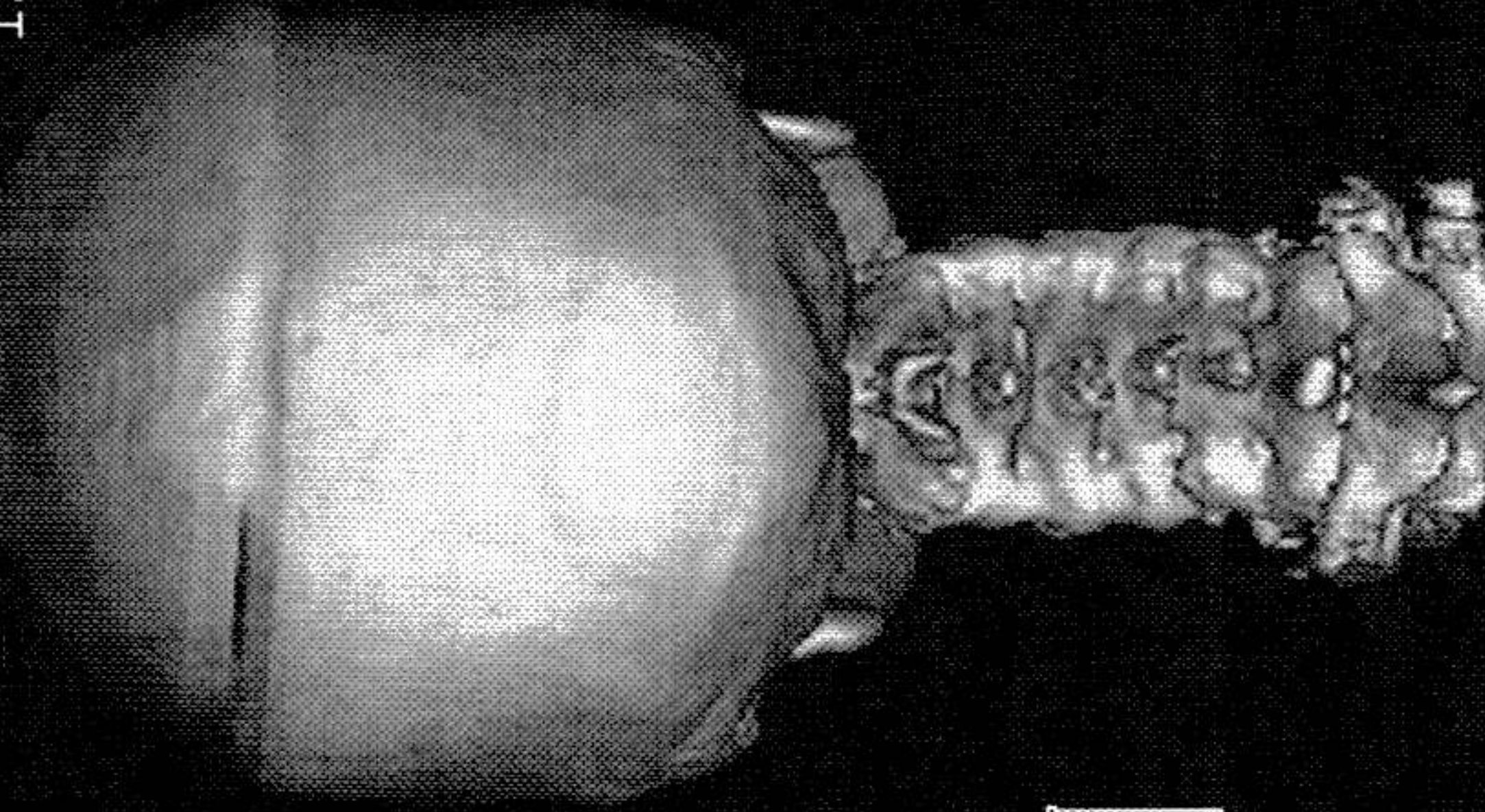
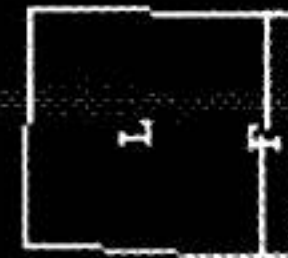
PMSTL SABRINA DO CARMO
Philips Brilliance GT F/53y
25 Dec 2018 05:02:4 2

120kV, 300mAs
SC 312.0 mm

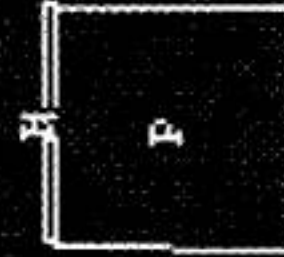
PMSTL
Philips Brilliance
25 Dec 2018 05:02:4
120kV, 300mAs
SC 312.0 mm



A



L



F

F

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:

447.355.022-20

4 - Nome completo da vítima:

Sabrina Matos do Carmo

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

5 - Nome completo:

Sabrina Matos do Carmo

7 - Profissão:

Cabeleireira

8 - Endereço:

Rua Laura Pinheiro Maia

6 - CPF:

447.355.022-20

9 - Número:

1366/2

10 - Complemento:

apto

11 - Bairro:

Antolândia

12 - Cidade:

Boca Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-738

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 9-9119-0143

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: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00070315

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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

Impressão 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:

Boca Vista, 28/04/2020

x Sabrina Matos do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 Polegar Direito





ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 464571-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/06/2016

YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO
DERSON FELIX COSTA
IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 10/12/1962

CERTIDÃO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV B-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPF 762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIOC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL
BOA VISTA - RR

Requisição de Exame Pericial - Lesão Corporal Nº
BO Nº 683/2019

Ao(A) Sr(a)
MÉDICO PLANTONISTA
IML
BOA VISTA - RR

Prezado(a) Senhor(a),

Encaminhamos a Vossa Senhoria a pessoa abaixo qualificada, a fim de que seja submetida a Exame Pericial (**LESÃO CORPORAL**): **Sabrina Matos do Carmo**, CPF: 447.355.022-20, RG Número: 87867 SSP/RR, Orgão Expedidor: SSP, Estado: RR, Município: Boa Vista, Data de Expedição: 16/02/2006, Nome da Mãe: Leuza Rita Matos, Nome do Pai: Sebastião Bezerra do Carmo, Sexo: Feminino, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Manaus/AM, Idade: 53 anos, Data de Nascimento: 21/02/1965, Profissão: Cabeleireiro, Endereco: AV. A, Nº: 568, Q-545, Bairro: AIRTON ROCHA, Boa Vista/RR, Telefone: (95) 99165-8086 (Celular). Desconhecido 1, Nacionalidade: Brasileira, Boa Vista/RR.

Quesitos: 1) Há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente? 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? 3) Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro ou função; ou deformidade permanente? **Outros quesitos:** **Objetivo:** Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva de **gênero**, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

Relato Histórico: .

Emitir Laudo: .

OBS: Remeter Laudo para: 5º Distrito Policial.

IML
Sala Lilas
Data: 09/01/2019
Hora: 12:00
Enfermeiro (a) / Téc. Enf.
[Assinatura]
Assinatura

BOA VISTA-RR, 09 de Janeiro de 2019.

[Assinatura]
Marcus Antonio de Paiva Albano Junior
Delegado(a) de Polícia

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089301/20

Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

CPF: 447.355.022-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2018

Titular do CPF: SABRINA MATOS DO
CARMO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

581640

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

SABRINA MATOS DO CARMO : 447.355.022-20

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: 11/03/2020
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Sabrina Matos do Carmo
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Advogada RG: 87867 SESP/RR
CPF: 447.355.022-20 ENDEREÇO: Rua Aurora P. Muiar, 1366/2
BAIRRO: Pintolândia CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.316-738

VÍTIMA: Sabrina Matos do Carmo
CPF: 447.355.022-20 DATA DO SINISTRO: 25/12/2018
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Yara Dora Guimarães Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Divorciada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº CPF: 462.732.616-87
ENDEREÇO: Rua Acre, 569 - B. Estrelas

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, 28 de fevereiro de 2020.



Sabrina Matos do Carmo
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de SABRINA MATOS DO CARMO

Em testemunho da verdade, DBA
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 28 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selorr.com.br
REC.FIR156296PATC6XKNRY4KOG611

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Sabrina Matos do Carmo
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Advogada RG: 87867 SESP/RR
CPF: 447.355.022-20 ENDEREÇO: Rua Aurora P. Muiar, 1366/2
BAIRRO: Pintolandia CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.316-738

VÍTIMA: Sabrina Matos do Carmo
CPF: 447.355.022-20 DATA DO SINISTRO: 25/12/2018
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Yara Dora Guimarães Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Divorciada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº CPF: 462.732.616-87
ENDEREÇO: Rua Acre, 569 - B. Estrelas

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, 28 de fevereiro de 2020.



Sabrina Matos do Carmo
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de SABRINA MATOS DO CARMO

Em testemunho da verdade, DBA
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 28 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selorr.com.br
REC.FIR156296PATC6XKNRY4KOG611

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125261/20

Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO

CPF: 447.355.022-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2018

Titular do CPF: SABRINA MATOS DO CARMO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

SABRINA MATOS DO CARMO : 447.355.022-20

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: 28/04/2020
Nome: SABRINA MATOS DO CARMO
CPF: 447.355.022-20

SABRINA MATOS DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182802 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA MATOS DO CARMO **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL À ESQUERDA.
TRAUMA FECHADO TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P.1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE DAS FUNÇÕES CRANIO FACIAIS GRAU RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 55 ANOS./OBS: RECLAMAÇÃO OUVIDORIA - OCORRÊNCIA 16.664./EXAME DE IMAGEM-P.2,3.
- LAUDO DO IML INDICA SEQUELA PERMANENTE.
- DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR LEGÍVEL FOI DIGITALIZADA NO SIN.3200/112750.
PAGO CONFORME LAUDO IML Nº 1829/2020, DE 14/04/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00