

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Maria Alessandra González Valera
NACIONALIDADE: Venezuelana ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Al. Relente Padaria RG: 6425543-0
CPF: 70651980224 ENDEREÇO: Al. Nazare Filgueira, 3601
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Boa Vista
CEP: 69000-000

VITIMA: Maria Alessandra González Valera
CPF: 70651980224 DATA DO SINISTRO: 20/12/2019
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Dono de
Nº DO RG: 239112 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825 326 343-20
ENDERECO: Rua CC-18, 295 - Tauna Morena

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por _____, 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, 20 de Fevereiro de 2020.



Maria Alessandra González Valera.
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



Em testemunha da autenticidade, DBA.
De que de 2020, dia 20 de Fevereiro de 2020,
Comunhão de assinatura feita em cartório de notariação.
RECIF150296PUCY43K4242PK18

Emolumentos R\$ 2,26 Fundos R\$ 0,68 SIILO: R\$ 4,50 Total: R\$ 4,71

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200157620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
VALERA PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.02.09.10)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200157620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
VALERA PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.02.09.10)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122640/20

Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

CPF: 706.519.802-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/12/2019

Titular do CPF: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA : 706.519.802-24

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: 24/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

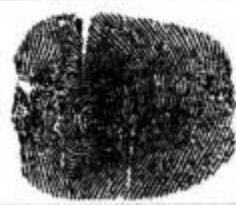
Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1



ੴ

NOMBRE: GONZALEZ VALERA

DATA DE NASCIMENTO:

1984/98/10

MARIA ELISIA VALERA MOLINA
JOSE CANDELARIO GONZALEZ

NACIONAL
VENEZUELA

80

6425593-1

12/26/28

100

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da representação e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contidas neste documento e o seu estado de conservação espeleiam a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu valor, protege-la, cuida-la, pois, além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contém para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PTB-PASEP 143.04366.36-6

0420326

A01

RR

Laura Alexandra Valera



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

FILOSÓFICO	MARIA ELISIA VALERA ANZOLA
NASCIMENTO	JOSE DANIELARO GONZALEZ
ESTADO CIVIL	01/08/1984
NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
DOCUMENTO	PROTÓCOLO PF 084850000269201800 - 28/02/2018 - RNE 0055307
RNE	54055940
MODALIDADE	ACORDO BRASIL X VENEZUELA
CPF	708.519.802-24
VALIDADE	25/02/2014
LOCAL DE EMISSÃO	SETEP-BR-BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO	11/04/2018

Maria Valera

Assinatura de Maria Valera
Máscara de Proteção
Máscara de Proteção

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

03

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A: CASAMENTO | C: DIVÓRCIO | E: REGISTRAÇÃO DE PATERNIDADE | G: DATA DE NASCIMENTO
B: CASAMENTO | D: ADOÇÃO | F: MIGRAÇÃO VOLUNTÁRIA

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da representação e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contidas neste documento e o seu estado de conservação espeleiam a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu valor, protege-la, cuida-la, pois, além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contém para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 143.04366.36-6

0420326

A01

RR

Laura Alexandra Valera



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

FILOSÓFICO	MARIA ELISIA VALERA ANZOLA
NASCIMENTO	JOSE DANIELARO GONZALEZ
ESTADO CIVIL	01/08/1984
NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
DOCUMENTO	PROTÓCOLO PF 084850000269201800 - 28/02/2018 - PNE 0055307
IRNE	5405940
MODALIDADE	ACORDO BRASIL X VENEZUELA
CPF	708.519.802-24
VALIDADE	25/02/2014
LOCAL DE EMISSÃO	SETEP - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO	11/04/2018

Maria Alexandra Valera

Assinatura e carimbo do servidora

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

FILOSÓFICO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOV. NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOV. NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOV. NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A: CASAMENTO | C: DIVÓRCIO | E: REGISTRAÇÃO DE PATERNIDADE | G: DATA DE NASCIMENTO
B: CASAMENTO | D: ADOÇÃO | F: MIGRAÇÃO VOLUNTÁRIA



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 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www1.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Alessandra Gonzalez Valero inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.519.802 / 24,
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro, da Vítima Maria Alessandra Gonzalez Valero,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.519.802 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: cc 18</u>	Número:	<u>293</u>	Complemento:	<u>esq</u>	
Bairro:	<u>Lauro Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>W.França992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.318-085</u>
					Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista, RR, 01 de Abril de 2020

William Gonçalves França
Assinatura do Declarante



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



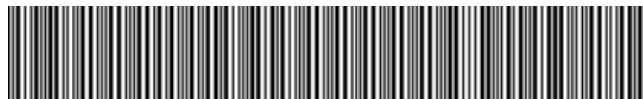
RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



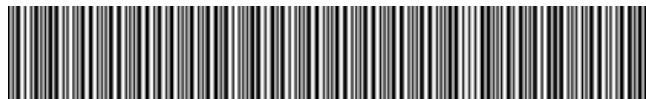
RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



Março/2020

Dados do Cliente:

LUIZ VAC DA COSTA

Endereço para entrega:

AV. MARE FILQUEIRAS, 38101 - ALVORADA B
 DA VISTH RR 69317-185

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.039.0070.001	23	501	1 COMERCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C019913	27/11/2018	LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 207	227	20	30
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 03/02/2020	04/03/2020		

ULTIMOS CONSUMOS

202002	17-0
202001	15-0
201912	12-0
201911	15-0
201910	14-0
201909	16-0
MEDIA	14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO-FEDERAL N.º 5448 - 2005 Q.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTais	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	160	180	180
ANALISADAS	214	214	214	214	214
CONFORMES	214	214	214	214	214

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	20 M3	127,25

VENCIMENTO:

15/04/2020

TOTAL A PAGAR

127,25

Março/2020

Dados do Cliente:

LUIZ VAC DA COSTA

Endereço para entrega:

AV. MARE FILQUEIRAS, 38101 - ALVORADA B
 DA VISTH RR 69317-185

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.039.0070.001	23	501	1 COMERCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C019913	27/11/2018	LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 207	227	20	30
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 03/02/2020	04/03/2020		

ULTIMOS CONSUMOS

202002	17-0
202001	15-0
201912	12-0
201911	15-0
201910	14-0
201909	16-0
MEDIA	14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO-FEDERAL N.º 5448 - 2005 Q.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTais	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	160	180	180
ANALISADAS	214	214	214	214	214
CONFORMES	214	214	214	214	214

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	20 M3	127,25

VENCIMENTO:

15/04/2020

TOTAL A PAGAR

127,25

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:

 3 - CPF da vítima: 706.519.802-24 Nome completo da vítima: *Maria Alexandre Gonzalez Valera*

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - Email:

8 - Endereço:

AV. Nazaré Fulgueira

12 - Cidade:

Bon. Vista

6 - CPF:

706.519.802-24

9 - Número:

3101

10 - Complemento:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

99113-3855

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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 da 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:

 RECURO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

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

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

 AGENCIA: **3906**

 CONTA: **00090968**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGENCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 o dízimo, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 5.194/74], 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, as custas automotoras, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 da óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

 28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (valéquero)? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

 Fui esse
objeto da
vítima e
não
conheci
ela e
não
fui
assassinado
ela e
não
fui
assassinado

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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Brasil, RR, 01 de outubro de 2020
x Maria Alexandre Gonzalez Valera
William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Fim da Declaração



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007752/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/02/2020 09:33 Data/Hora Fim: 20/02/2020 09:58

Origem: Data: 20/02/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/12/2019 12:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Tancredo Neves

Logradouro: AV MARIO HOMEM DE MELO

Nº: 5/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Nasc: 01/06/1984 Idade: 35 anos

Naturalidade: MIRANDA Profissão: Atendente de Restaurante

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Elysia Valera Anzola

Nome do Pai: Jose Candelario Gonzalez

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.519.802-24

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV NAZARÉ FIGUEIRA

Nº: 3101

Bairro: ALVORADA

Telefone: (95) 99171-3877 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 447.423.472-34

Placa: NAV7909

Ranavam: 00577637851

Número do Motor: NC49E1D000646

Número do Chassi: BC2NC4910DR000646

Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013

Cor: PRETA

UF: Véhiculo: Roraima

Município Véhiculo: Mucajá

Marca/Modelo: HONDA/CB 300R

Modelo: HONDA/CB 300R

Véhiculo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização: Denatran: 09/10/2013

Situação do Véhiculo: REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007752/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Alexandra Gonzalez Valera	Exibidor

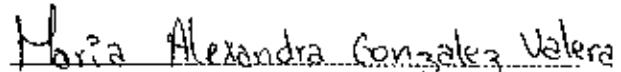
RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRATICITADOS, ESTAVA NA CARONA DA MOTO PLACA NAV7909, QUANDO O CONDUTOR DE OUTRA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DOS BOMBEIROS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE NO ACIDENTE FRATURO A CLAVÍCULA; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM SEJA O AUTOR DO ACIDENTE; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS



Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente da Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento



Maria Alexandra Gonzalez Valera
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins da justiça que sou o(a) ônico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e dando-lhe poderes civil e criminalmente para prestar declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Pública, conforme o artigo 1º da Constituição do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007752/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/02/2020 09:33 Data/Hora Fim: 20/02/2020 09:58

Origem: Data: 20/02/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/12/2019 12:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Tancredo Neves

Logradouro: AV MARIO HOMEM DE MELO

Nº: 5/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Nasc: 01/06/1984 Idade: 35 anos

Naturalidade: MIRANDA Profissão: Atendente de Restaurante

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Elysia Valera Anzola

Nome do Pai: Jose Candelario Gonzalez

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.519.802-24

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV NAZARÉ FIGUEIRA

Nº: 3101

Bairro: ALVORADA

Telefone: (95) 99171-3877 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 447.423.472-34

Placa: NAV7909

Ranavam: 00577637851

Número do Motor: NC49E1D000646

Número do Chassi: BC2NC4910DR000646

Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013

Cor: PRETA

UF: Véhiculo: Roraima

Município Véhiculo: Mucajá

Marca/Modelo: HONDA/CB 300R

Modelo: HONDA/CB 300R

Véhiculo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

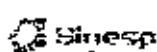
Situação: Envolvido

Última Atualização: Denatran: 09/10/2013

Situação do Véhiculo: REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007752/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Alexandra Gonzalez Valera	Exibidor

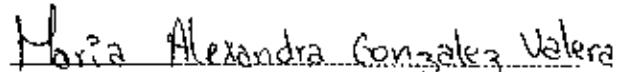
RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRATICITADOS, ESTAVA NA CARONA DA MOTO PLACA NAV7909, QUANDO O CONDUTOR DE OUTRA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DOS BOMBEIROS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE NO ACIDENTE FRATURO A CLAVÍCULA; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM SEJA O AUTOR DO ACIDENTE; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS



Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente da Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento



Maria Alexandra Gonzalez Valera
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins da justiça que sou o(a) ônico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e dando-lhe poderes civil e criminalmente para prestar declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Pública, ambos do Código de Processo Penal e do Código Penal Brasileiro."



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:

 3 - CPF da vítima: 706.519.802-24 Nome completo da vítima: *Maria Alexandra Gonzalez Valera*

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - Email:

8 - Endereço:

AV. Nazaré Fulgueira

12 - Cidade:

Bon. Vista

6 - CPF:

706.519.802-24

9 - Número:

3101

10 - Complemento:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

99113-3855

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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 da 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:

 RECURO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

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

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

 AGENCIA: **3906**

 CONTA: **00090968**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGENCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 o dízimo, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 5.194/74], 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, as custas automotoras, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 da óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

 28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

 Fui esse
objeto da
vítima e
não
conheci
ela e
não
fui
assassinado
ela e
não
fui
assassinado

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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Brasil, RR, 01 de outubro de 2020
x Maria Alexandra Gonzalez Valera *William Goncalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Fim da Declaração

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200157620 **Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA**

Data do Acidente: 20/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

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 ombros

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: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000020958-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200157620

Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

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

* Ortopedia - Dr. Janotai

Fractura de Cervical () na' 18 an.

CD: Fratimico.
Alta

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FR 2007

994713

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	Maria Alessandro Gonçalves Valera		Data Nascimento	Idade	Classe	Conselho		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
Mãe			Pal	Contatos				
Endereço	Av. Nazaré Felgueiras 3101							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Frenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor			URGÊNCIA		Procedimento Sol.			Registrado por:
Setor			Tipo de Chegada					
Queixa Principal	Gástrica - Febre - Dor		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
						AO: 1234 EV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Palidez - dor de Coluna - dor - dor sobre dor de MS							
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica	TOMO de MS							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRASON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
Rx: <i>Opromo</i> <i>TMW</i> <i>20g</i>		<i>L. 3d</i> <i>h2</i>						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
	Data e Hora da Saida/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IMI Anatomia Patológica	/ / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						



Ort

Dr Vito Port

Rotilla de acero frontal

Rx ante fx clavicular

CD: Tiple + acoplado

SLC

Dr. Marcos Aguiar
Presidente
Osteopatia e Traumatologia
CRM-RR 1995



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



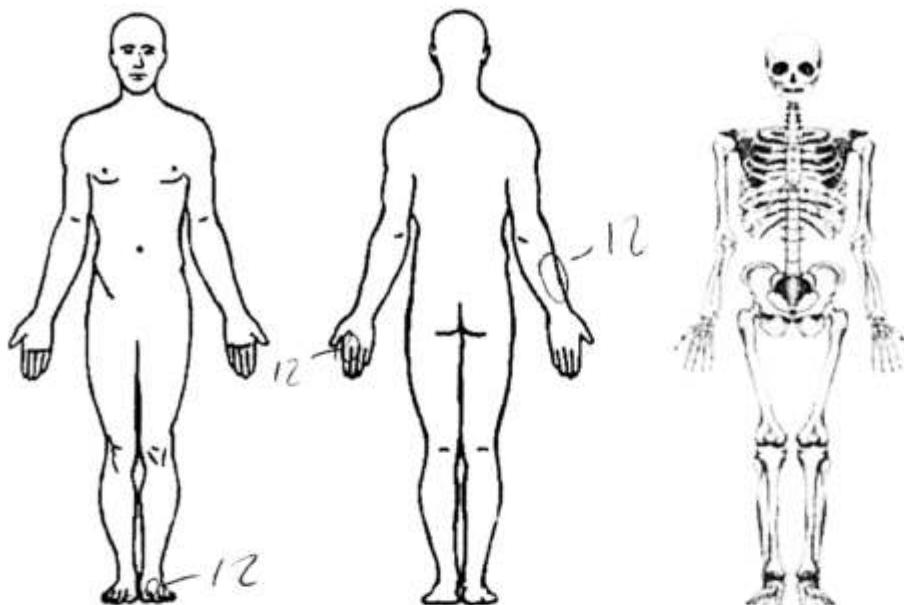
Nº DE AVISO: 5701-19
Nº DE VÍTIMAS: 02/02
OCORRÊNCIA: T-07
DATA: 20.12.2019

OBM DE ATUAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	VTR	KMI	KMF
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	UR-01-18	39.915	39.928
H/S AÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01
00:22	00:28	00:42	00:50	01:11
1. DADOS DA OCORRÊNCIA				
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:				
ENDERECO:	AV. MARIO HOMEM DE MELO	Nº	511	BAIRRO: TANCREDO NEVES
CIDADE:	BOA VISTA	PONTO DE REFERÊNCIA:		
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:			
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA				
NOME:	MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA		RG/CPF:	16.931.415
D.N.	01.06.1984	IDADE:	35	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino PNS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ENDERECO:	-		Nº	- BAIRRO: -
CIDADE:	-	NACIONALIDADE:	<input type="checkbox"/> Brasileiro <input checked="" type="checkbox"/> Estrangeiro: VENEZUELA TEL.: -	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual:
Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Deseja informar identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Sim <input 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 type="checkbox"/> 5. Orientado <input checked="" 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	14 Pontos	
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)				
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total	
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <input checked="" type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	Pontos	
6. SINAIS VITAIS				
PA:	FR:	92	SpO2:	96 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				



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

Óbito evidente PCR Vítima encarcerada Vítima ejetada Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:**Legenda:**

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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, ESTAVA EM VIA PÚBLICA EM D.O.H, CONFUSA, COM ESCORIACOES E SE HUC XAVA DE DORES NO BRAÇO L.D FOI REALIZADO A ESTABILIZAÇÃO DA VÍTIMA COM USO DE COLETOR CIRÚRGICAL, TALAS, FIXAÇÃO EM PRANCINA RÍGIDA E REMOÇÃO EM MACA SOB OBSERVAÇÃO, SENDO ENTREGUE ESTÁVEL NO P.S. FRANCISCO ELESBÃO.

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

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

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

<input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio	<input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas
<input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infatil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> 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
------------------	----------------	-----------------	--------------------------

1:567 DE DEUS	SD VIEIRA	SD CARDOSO	1:567 DE DEUS
---------------	-----------	------------	---------------

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

Assinatura: _____

Documento de identidade: _____

Registro de conselho (CRM, COREN): _____





EMERGÊNCIA
GOVERNO DO RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Maria F. C. Vaz

Hora
Dr. Vitor Parow
apto Dr. G. Souza Sala de Sessão
dia 22/05/2020
as 7:00

Rx fechado

RAIO X
DATA: 1/1

HORA:
DATA: 5/1/2020

Assinatura

Dr. M. Aguiar
Márcio Aguiar
Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

ASSINATURA E CARIMBO

625

HOSPITAL CORONEL MOTA

NAME: maria alexandra gonzalez

EXAME: Rx Clavicular

DATA: 21-01-70 IDADE 35

MARCO DO EXAME 13:00 HORA

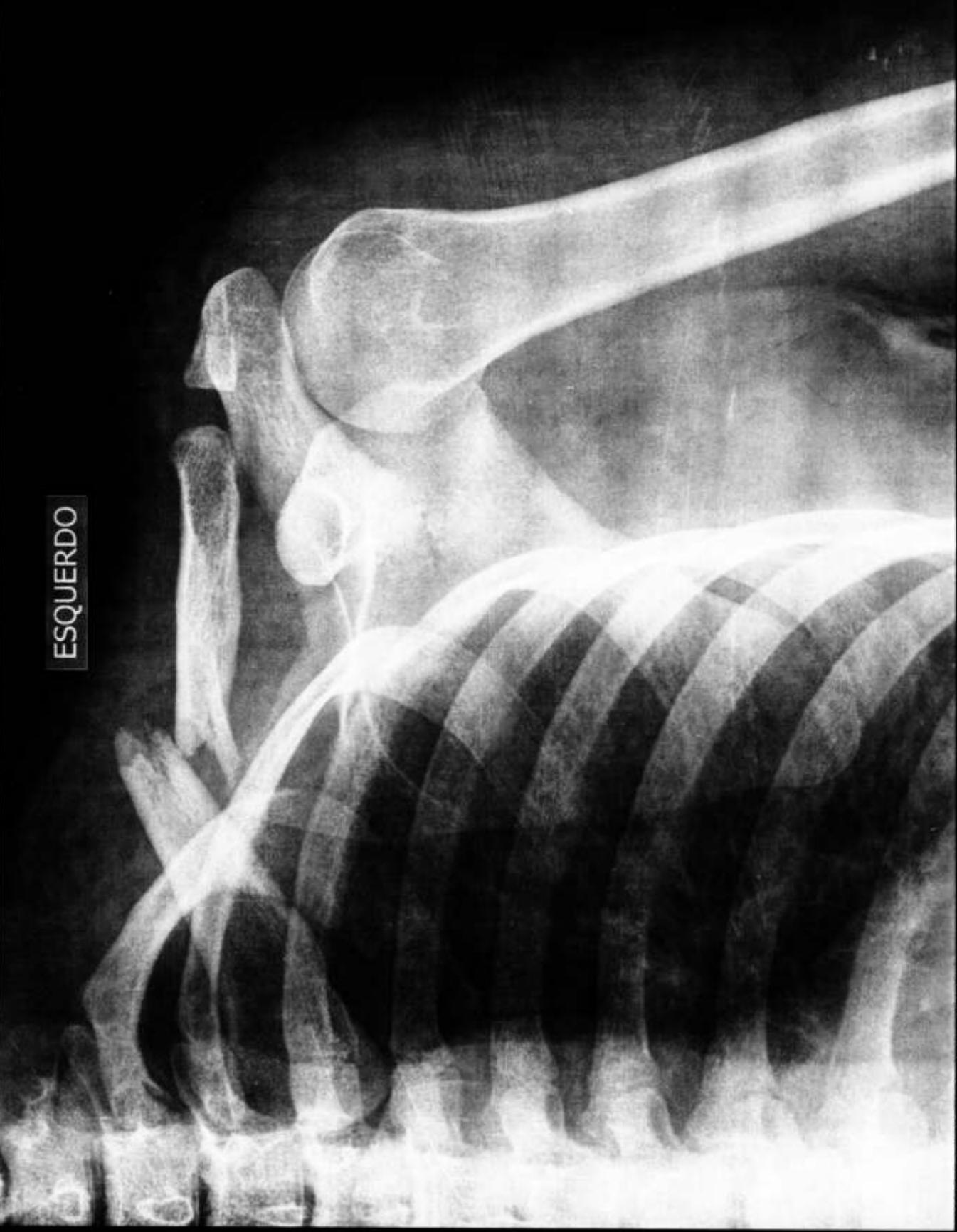
PROTOCOLO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
POLÍCIA FEDERAL
DIREX-COORDENAÇÃO-GERAL DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO

NOME MARIA ALEXANDRA		SOBRENOME GONZALEZ VALERA	
SEXO FEMININO		DATA DE NASCIMENTO 01/06/1984	RNM G425593D
CLASSIFICAÇÃO RESIDENTE	AMPARO 299 - PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 9/2018		PAÍS DE NACIONALIDADE Venezuela
FILIAÇÃO 1 MARIA ELISIA VALERA ANZOLA - FEMININO		FILIAÇÃO 2 JOSE CANDELARIO GONZALEZ - MASCULINO	

	Tipo de Requerimento Alteração de Prazo	Nº Requerimento 201912111841038205	Data/Hora da emissão 12/12/2019 - 11:32:19	Validade 09/06/2020
A aceitação desse protocolo está condicionada à conferência dos dados pessoais do titular por meio da apresentação de documento de identificação pelo interessado e à verificação de sua validade por intermédio de consulta no sítio oficial da Polícia Federal na internet ao informar o código de controle: [01D714F64EB15C7EA57F8E9E07BD2638]				

ESQUERDO



MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

35 año(s) 01-06-1984

POLICLINICA COSME E SILVA

67-01-2020 14:25:26

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000020958-4

Nr. da Autenticação 28E3AAE818F2B12

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122640/20

Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

CPF: 706.519.802-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/12/2019

Titular do CPF: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA : 706.519.802-24

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: 24/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO