

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maria Alexandra Gonzalez Valera
NACIONALIDADE: Venezuelana ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Auxiliar de Pedagogia RG: 6425593-0
CPF: 70651980224 ENDEREÇO: Av. Nazare Filgueira, 3106
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Boa Vista
CEP: _____

VITIMA: Maria Alexandra Gonzalez Valera
CPF: 70651980224 DATA DO SINISTRO: 20/12/2019
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA:

NOME: William Gonzales Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Donato
Nº DO RG: 239312 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/R
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825326343-20
ENDEREÇO: Rua CC-18, 295 - Lavoura Mourina

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/RN, 20 de Fevereiro de 2020



Maria Alexandra Gonzalez Valera
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL A. AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião Registrador
Av. Alameda Teófilo, 1407 - Ass. Graciosa - Boa Vista/RN
Fone: (51) 3622-1100
Autenticidade de Assinatura

Requerimento por VERDADEIRA e(ou) FALSIFICAÇÃO
- FALSIFICAÇÃO DE ASSINATURA

Em atendimento de consulta, DDA
De que data: 24 de Fevereiro de 2020.
Comunicação enviada em (data) 24/02/2020
RECEBI: 16/02/2020 PUCV 4306257818

Emolumentos: R\$ 2,56 Fuzidos: R\$ 0,68 SUT: R\$ 4,50 Total: R\$ 7,74

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração 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 VALERA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração 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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

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 GDEJO CRUZ



Polgar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Secretaria de Identificação

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

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 aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo ainda sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

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

Pela sua importância, a sua feição protege-la e cuidá-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, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PAGINAS 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

Maria Alexandra Gonzalez Valera

ASSINATURA DO TITULAR



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

FLUIÇÃO: MARIA ELISIA VALERA ANZOLA

NASCIMENTO: 01/03/1984

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 0848500629201808 - 29/02/2018 - RNE 04255932

RNE: 04255932

MODALIDADE: ACORDO BRASIL X VENEZUELA

CPF: 725.519.802-24

VALIDADE: 30/09/2018

LOCAL DE EMISSÃO: SPTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 11/04/2018

Maria Alexandra

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE: ____/____/____ PARA: ____/____/____
DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

LEGENDA

A - CASAMENTO | G - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | C - DATA DE NASCIMENTO
B - SERVIÇO CIVIL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA 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 aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo ainda sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

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

Pela sua importância, a sua feição protege-la e cuidá-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, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PAGINAS 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

Maria Alexandra Gonzalez Valera

ASSINATURA DO TITULAR



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

FLUIÇÃO: MARIA ELISIA VALERA ANZOLA

NASCIMENTO: 01/03/1984

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 0848500629201808 - 29/02/2018 - RNE 04255932

RNE: 04255932

MODALIDADE: ACORDO BRASIL X VENEZUELA

CPF: 725.519.802-24

VALIDADE: 30/09/2018

LOCAL DE EMISSÃO: SPTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 11/04/2018

Maria Alexandra

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE: ____/____/____ PARA: ____/____/____
DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

LEGENDA

A - CASAMENTO | G - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | C - DATA DE NASCIMENTO
B - SERVIÇO CIVIL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA 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: 0800-1596 / 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 021 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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?FPO=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, ADERTE, 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 William Gonçalves Franco

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

Maria Alexandra Gonzalez Valero inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.519.802 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maria Alexandra 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 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: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@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 Franco

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**

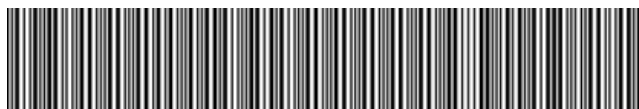
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



**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**

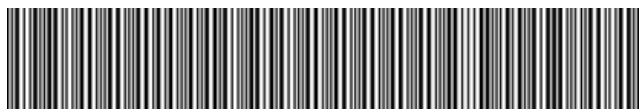
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059




 Matrícula: **947334**
Março/2020
Dados do Cliente:

LUIZ VAZ DA COSTA

Endereço para entrega:

 AV. NAZARE FILGUEIRAS, 33101 - ALVORADA B
 04 VISTA RR 69017-185

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.039.0070.001	23	501	COMERCIAL 1
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 da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 Q.M.					
PARÂMETRO	CLORO	TURBIDED	COR	C.TOTMIS	E.COLI
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISE	214	214	214	214	214
CONFORME	214	214	214	214	214

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
-----------	---------	------------

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	20 M3	127,25

VENCIMENTO:

15/04/2020
TOTAL A PAGAR
127,25


 Matrícula: **947334**
Março/2020
Dados do Cliente:

LUIZ VAZ DA COSTA

Endereço para entrega:

 AV. NAZARE FILGUEIRAS, 33101 - ALVORADA B
 04 VISTA RR 69017-185

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.039.0070.001	23	501	COMERCIAL 1
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 da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 Q.M.					
PARÂMETRO	CLORO	TURBIDED	COR	C.TOTMIS	E.COLI
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISE	214	214	214	214	214
CONFORME	214	214	214	214	214

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
-----------	---------	------------

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	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: 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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Maria Alexandra Gonzalez Valera 6 - CPF: 706.519.802-24
7 - Profissão:endente 8 - Endereço: AV. Nazare Figueira 9 - Número: 3101 10 - Complemento:
11 - Bairro: Oliveira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00090958 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 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, 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 herdeiros (vivos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - 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: Boa Vista, RR 01 de Abril de 2020

x Maria Alexandra Gonzalez Valera

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Goncalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



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: s/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 Elisia 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

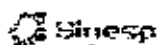
Nº: 3101

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 9C2NC4910DR000646	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Mucajaí	Marca/Modelo HONDA/CB 300R
Modelo HONDA/CB 300R	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/10/2013	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado da Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 20/02/2020 09:58
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007752/2020

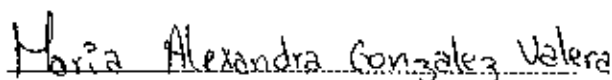
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Alexandra Gonzalez Valera	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, 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 de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento


Maria Alexandra Gonzalez Valera
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações aqui prestadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deliberei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa, do Código de Processo 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: s/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 Elisia 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

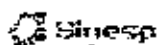
Nº: 3101

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 9C2NC4910DR000646	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Mucajaí	Marca/Modelo HONDA/CB 300R
Modelo HONDA/CB 300R	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/10/2013	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado da Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 20/02/2020 09:58
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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 SUPRACITADOS, 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 de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento


Maria Alexandra Gonzalez Valera
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações aqui prestadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deliberei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa, do Código de Processo 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: 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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Maria Alexandra Gonzalez Valera 6 - CPF: 706.519.802-24
7 - Profissão:endente 8 - Endereço: AV. Nazare Figueira 9 - Número: 3101 10 - Complemento:
11 - Bairro: Oliveira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00090958 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 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, 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairase)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - 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: Boa Vista, RR 01 de Abril de 2020

x Maria Alexandra Gonzalez Valera

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Goncalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação
AMARELO ☐ Vermelho ☐
☐ Laranja ☐
☐ Amarelo ☐
☐ Verde ☐
☐ Azul ☐ Ass.: ☐

Reclassificação
Vermelho ☐
Laranja ☐
Amarelo ☐
Verde ☐
Azul ☐ Ass.: ☐

Raquel L. Sal
Reclassificação
Vermelho ☐
Laranja ☐
Amarelo ☐
Verde ☐
Azul ☐ Ass.: ☐

2001206602

07/01/2020 16:45:38

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

DIURNO 07-19

Paciente **MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA** Data Nascimento **01/06/1984** Idade **35 A 7 M 6 D** CNS **898005838063027** CPF **001.058.4**
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **VENEZUELA**
Mãe **MARIA ELIZIA VALERA AMZOLA** Pai **NI** Contato **(95) 99171-3877**
Endereço **RUA - AVENIDA NAZARE FILGUEIRA - 3101 - ALVORADA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **AMARELO** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **36.80** Peso **110 x**
Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: REILA RODRIGUES**

Queixa Principal **ENCAMINHADA COM HD: FRATURA DE CLAVICULA. RELATA DOR INTENSA**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **NEGA HAS OU DM. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA**
GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **07:30h**)
Infecção fratura clavícula. Com fratura clavícula há + 10 dias evoluindo. Com dor intensa.
Exame Físico **intencional.**

Hipótese Diagnóstica **Fratura de clavícula (F)**

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

PRESCRIÇÃO **Do osteofito**
1. Dupimona 2g (GO)
2. Tramadol 100mg (GO)
ALTA após indicação
Condução **Alta por Decisão Médica**
☐ Alta a Pedido ☐ Ambulatório
☐ Alta a Revelia ☐ Observação (Até 24h)
☐ Transferência para: ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **Dr. Fernando Rezende**
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 20073

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ludymilla.farias
Data Hora: 07/01/2020 16:58:10

4027
07/01/2020 - 16:58:10
No. 1234 11-01-20



Ortopedia - Dr. Jairo

Intervenção de Cirurgia (P) na 18 de

CD. Ortopedia.
Alta.

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

Dr A

Dr Vito Peres

Act Mla de acudet Tronh

Rx mla fx clavicle (E)

Cl. T ym + acudet in

SLM

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia 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"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª 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/SAÍDA	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:

ENDEREÇO: AV. MARIO HOMEM DE ALEJO Nº 519 BAIRRO: TANCREDO NEVES

CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA:

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

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALETA RG/CPF: 16.931.415

D.N.: 01.06.1984 IDADE: 35 SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino PNS: ☐ Sim ☐ Não

ENDEREÇO: - Nº: - BAIRRO: -

CIDADE: - NACIONALIDADE: ☐ Brasileiro ☒ Estrangeiro: VENEZUELA TEL.: -

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual ☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual ☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: RG Nº: SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input 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: - FC: 92 SpO2: 96 Temperatura: -

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

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

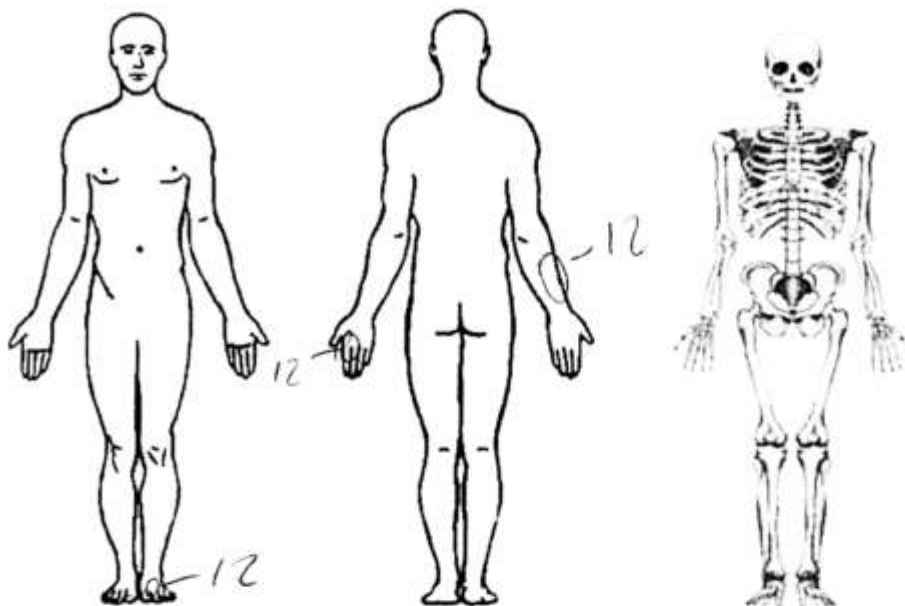
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO



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 PUBLICA EM P.D.H., CONFUSA, COM ESCORIAÇÕES E SE RUCXAVA DE DORES NO BRANCO L.D. FOI REALIZADO A ESTABILIZAÇÃO DA VÍTIMA COM USO DE COLAR CERVICAL, TALAS, FIXAÇÃO EM PRANCA 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

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Óculos _____
☐ _____ ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
1º SGT DE DEUS	SD VIEIRA	SD CARDOSO	1º SGT DE DEUS

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

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____



Handwritten signature and date: 11/06/2012



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



RECEITUÁRIO

NOME:

Maria A. C. Valer

Mos

Do Uterio Paro

apto G. G. M. M.

Sala de Gesso
dia 22/05/2020
as 7:00

Rx Clavado E

RAIO X

DATA: / /

HORA: :

DATA: / /

Assinatura

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

ASSINATURA E CARIMBO

625

HOSPITAL CORONEL MOTA

NOME: maria alexandra gonzalez

EXAME: Rx Clavícula

DATA: 21.01.70 IDADE 35

HORARIO DO EXAME 13:00 HORAS

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 Nº 9/2018		PAÍS DE NACIONALIDADE Venezuela
FILIAÇÃO 1 MARIA ELISIA VALERA ANZOLA - FEMININO		FILIAÇÃO 2 JOSE CANDELARIO GONZALEZ - MASCULINO	



Tipo de Requerimento	Nº Requerimento	Data/Hora da emissão	Validade
Alteração de Prazo	201912111841038205	12/12/2019 - 11:32:19	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 site oficial da Polícia Federal na internet ao informar o código de controle: [01D714F64EB15C7EA57F8E9E07BD2638]

ESQUERDO



MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA
35 ano(s) 01-06-1984

07-01-2020 14:25:26

POLICLINICA COSME E SILVA

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 28E3AAAE18F2B12

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122640/20

Vítima: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

CPF: 706.519.802-24

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

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