

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2784114220200722164736

Processo 0817599-72.2020.8.23.0010 ☆ - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08175997220208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA ALEXANDRA GONZALES VALERA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/02/2020**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **20/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 22 de julho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA ALEXANDRA GONZALES VALERA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08175997220208230010.

Rio de Janeiro, 22 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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. Empresarial - Boa Vista
Fone: (68) 3622-1100
Autenticidade de Assinatura

Requerimento por VERDADEIRA e/ou FALSIFICAÇÃO
- FALSIFICAÇÃO DE ASSINATURA

Em atendimento de consulta, DDA
De 14/02/2020, às 14h00, de 28 de fevereiro de 2020.
Comunicação sobre a situação em (Cartório) de Daniel Aquino
RECIPRIS 2296 PUCV 430 825326343

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

William Gonzales Franco
Reconhecimento Autenticado

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



Polegar 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

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Estado de RR

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 contido 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 feitura 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



© 1999 - Fundação Ciep

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

MARIA ALEXANDRA GONZALEZ VALERA

FLIAÇÃO: MARIA ELISIA VALERA ANZOLA

NASCIMENTO: 01/03/1984

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 0848500620201808 - 28/02/2018 - RNE 0425593D

RNE: 0425593D

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

Assinatura do Titular

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: _____

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 contido 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



© 1999 - Fundação Ciep

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 0848500620201808 - 28/02/2018 - RNE 0425593D

RNE: 0425593D

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

Assinatura do Titular

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: _____

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**

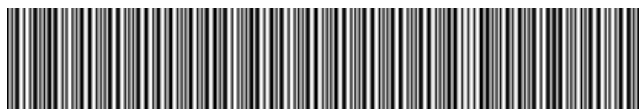
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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**

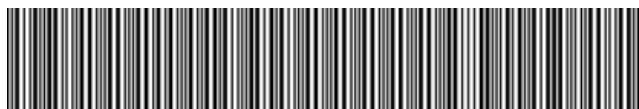
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	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\$)
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: 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 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):



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

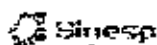
Nº: 3101

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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

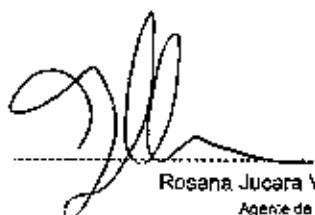
Nº: 007752/2020

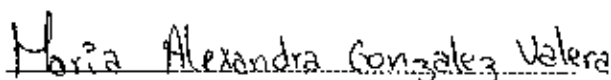
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Alexandra Gonzalez Valera	Exibidor

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 240-Comunicação Falsa, do Código de Processo Penal Brasileiro e 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: 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

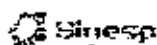
Nº: 3101

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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 240-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 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 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 - Informações obrigatórias da vítima ou beneficiário:
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 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
☐ Verde
☐ 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

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

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

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

36.80

Peso

Pressão

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 07:30h)

Infecção fratura clavícula. Com fratura clavícula há + 10 dias evoluindo com dor intensa.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Condução

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

© 2007
HOSPITAL - Sistema de Saúde
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes
No. 3308 - Boa Vista



Ortopedia - Dr. Jairo

Intubação da Cúcula (P) má 18 dias

CD. Quimioterapia.
Alta.

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

Dr A

Dr Vito Peres

Act Mla de aculeat tronh

Rx mla fx clavicle (E)

Cl. T ym + acupunct 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
☒ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☐ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ 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 DEUS 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
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Orientado ☒ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	14 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☒ 4. Choro, mas que pode ser confortado. ☐ 3. Irritabilidade persistente. ☐ 2. Agitação. ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros. ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. ☐ 4. Sente dor, mas não retira. ☐ 3. Flexão a dor (Decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: - FC: 92 SpO2: 96 Temperatura: -

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

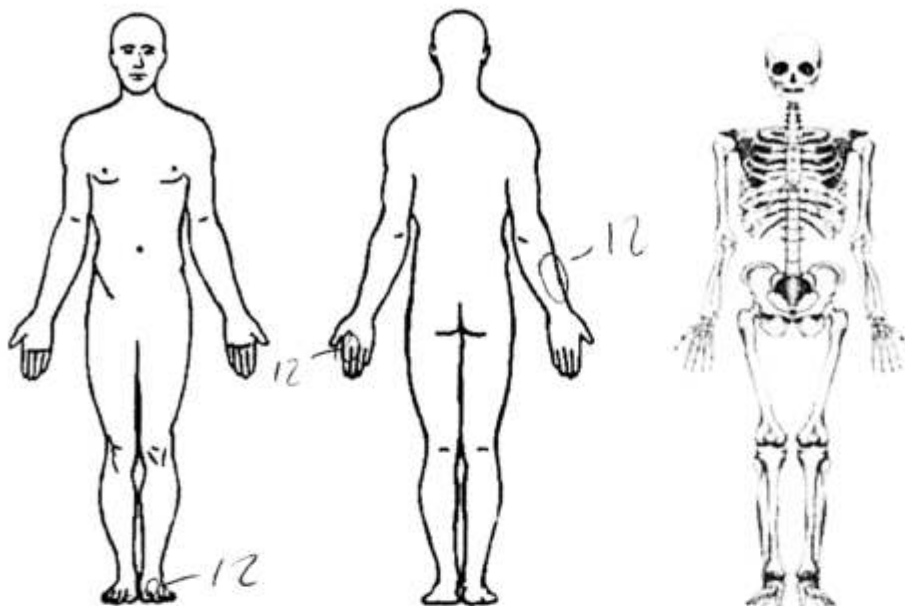
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

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 PÚBLICA EM P.D.H., CONFUSA, COM ESCORIAÇÕES E SE SENTIA 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	S.D. VIEIRA	S.D. 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): _____



[Assinatura manuscrita]
11/11/2012
17:30



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 Uterus Parvus

apto G. G. M. M. M.

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

Rx Clavus E

RAIO X

DATA: / /

HORA: :

DATA: 5/1/2020

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 deste 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

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