

Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, MANOEL CARLOS R. SILVA PROFISSÃO: DESEMPREGADO  
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL, FONE: 99168-3375,  
E-MAIL: manoelcarlossilva.ra@gmail.com RG: 470052-0  
SSP- RR e CPF: 688.799.032-68, RESIDENTE À  
RUA: AV. SARA CUNHA N° 492,  
BAIRRO: CARANA pelo presente instrumento procuratório,  
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 18 de 02 de 2019.

Manoel Carlos R. Silva

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA  
ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL PROFISSÃO: DESEMPREGADO  
RG N° 470052-0 SSP/ RR CPF: 688.799.032-68  
ENDEREÇO: AV. SABA CUNHA N° 492 BAIRRO:  
CARANA

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 18 de fevereiro de 2019.

x Manoel Carlos Rodrigues Silva



**TRABALHADOR**

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-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  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

212.82061.76-5

1797149 0040 RR

*Manoel Carlos R. Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**



**MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA**  
FILIAÇÃO: FRANCISCO DA SILVA LOPES  
NASCIMENTO: 08/08/1973  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA  
DOCUMENTO: R.G. 4700520 SESP RR 21/11/2013  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 688.799.032-68  
TIT. ELEITOR: 004671222682  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 10/02/2014  
ZONA: 001  
CNH: 0557

*Manoel Carlos Rodrigues Silva*  
MARIA DO ROSARIO ALVES COELHO  
Assinatura do Titular

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA DE NASC. DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

**LEGENDA**

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERSUSCITAÇÃO | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 470052-0

DATA DE EMISSÃO 13/05/2016

MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA

FRANCISCO DA SILVA LOPES

MARIA RODRIGUES SILVA

NATURALIDADE SANTA LUZIA - MA

DATA DE NASCIMENTO 08/08/1973

CERTD NASC 91808 FLS 28-V LIV A-094

SANTA LUZIA-MA

688.799.032-68

AMADEU ROCHA TRIANI  
Partido Republicano da Polícia Civil  
Diretor do RCP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1 VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Manoel Carlos R. Silva*

24 OUT. 2018



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜINEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO ASSINATURA E CARGO DO EMPREGADOR			
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO ASSINATURA E CARGO DO EMPREGADOR			
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO ASSINATURA E CARGO DO EMPREGADOR			
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO ASSINATURA E CARGO DO EMPREGADOR			

06

07 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: M M COMERCIO E SERVIÇOS LTDA – ME CNPJ: 13.537.529/0001-90 ENDEREÇO: AVENIDA SÃO JOÃO Nº 269 BAIRRO: CENTRO CEP: 69.300.000 CIDADE: São Luís ESTADO: RR ESP. ESTABELECIMENTO: COMERCIAL CARGO: AJUDANTE DE PEDREIRO CBO: Data de Admissão: 20 de OUTUBRO de 2014 Remuneração Especificada: R\$ 877,45 (OITOCENTOS E SETENTA E SETE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS) M M Com. e Serv. Ltda-ME Moisés Stalner Guimarães Ferreira Sócio-Administrador ASS. DO EMPREGADOR OU À ROGO C/ TESTEMUNHAS	
DATA DE SAÍDA: 3 DE 2015 M M Com. e Serv. Ltda-ME Moisés Stalner Guimarães Ferreira Sócio-Administrador 1ª ASS. DO EMPREGADOR OU À ROGO C/ TESTEMUNHAS	
COM. DISPENSA CD Nº FGTS Nº DA CONTA:	

99668-3375

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	Insc. Estadual 24.0171117 Insc. Municipal 034361 COC/CPF ND COMÉRCIO SERVIÇOS ENDERECO EIRELI LTDA EPP R. Mario do Violão, nº 655B - B. Liberdade MUNICÍPIO Boa Vista / RR CEP 69.319-095 ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO 05.567.810/0001-48 CBO N
DATA DE ADMISSÃO	39 DE 09 DE 2016 REGISTRO N FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 880,00 COTAC N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - ME N. D. Com. Serv. Trans. Ltda Nadson Padilha Pinheiro Administrador
DATA DE SAÍDA	13 DE 10 DE 2016 N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - ME Nadson Padilha Pinheiro Administrador
COM. DISPENSA CD Nº	FGTS Nº DA CONTA

08

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	04.451.516/0001-03 EXTREMO NORTE SERVIÇOS DE LIMPEZA EIRELI ME COC/CPF INSCRIÇÃO ESTADUAL ENDERECO 24.010005-0 MUNICÍPIO Av. Gen. Ataíde Telve, 3304/4, Buritis ESP. DO ESTABELECIMENTO CEP: 69.309-187 CARGO Auxiliar de Limpeza CBO N
DATA DE ADMISSÃO	12 DE Outubro DE 2016 REGISTRO N FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 920,00 Extremo Norte Serviços Tamachi Gomes Nakazaki Título
DATA DE SAÍDA	25 DE Novembro DE 2016 Extremo Norte Serviços Tamachi Gomes Nakazaki Título
COM. DISPENSA CD Nº	FGTS Nº DA CONTA

09

CONTRATO DE TRABALHO	
CNPJ 05.672.417/0001-69	
EMPREGADOR	AGUA VIVA COMERCIO E SERVIÇOS LTDA-EPP
COC. C	Av Princesa Isabel nº1423 Buntis
ENDERECO	INSC EST 24.011397-3
MUNICIPIO	CEP 69.309-173
ESR DO	Roraima
CARGO	auxiliar de limpeza
CBO Nº 5142-25	
DATA DE ADMISSÃO 17 DE Fevereiro DE 2017	
REGISTRO Nº	FLS. FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 934,00 (novecentos e trinta e sete reais) p/mês
1ª água Viva Com. e Serv. Ltda - EPP	
DATA DE SAÍDA 01 DE março DE 2018	
1ª Adriana Alves Santil	
Procuradora	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

10

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
COC. C/ C/ C/	
ENDERECO	
MUNICIPIO	
ESR DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO DE DE	
REGISTRO Nº	FLS. FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª	
2ª	
DATA DE SAÍDA DE DE	
1ª	
2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

11





Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0031278-9

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002217142

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	25/02/2019	447	402,51

VALDEZ DA CONCEICAO PAZ  
AV SABA CUNHA 492 CARANA  
CPF: 00038189364200  
CEP: 69.313-618 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.05.440600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	37816		Atual: 23/01/2019
Anterior:	37369		Anterior: 21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 20/02/2019
Consumo Medido:	447		Emissão: 22/01/2019
Consumo Faturado:	447	FCAM	Apresentação: 23/01/2019
NORMAL			33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	4704633	0 1518524	1.1.1.3	363

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18 259	CONSUMO 447 A R\$ 0,796948 = 356,23
NOV/18 309	CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00 0,03
OUT/18 366	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,47
SET/18 327	MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00 1,61
AGO/18 389	JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00 0,34
JUL/18 407	MULTA POR ATRASO 10/18-00 4,17
JUN/18 411	JUROS DE MORA DE IMPO 10/18-00 2,64
MAI/18 400	ILUMINACAO PUBLICA 37,02
ABR/18 388	
MAR/18 321	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 447 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/02/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
11/2018	253,23	

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 477B.700A.F5B5.7625.7DDC.5309.46D3.7D7C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 87,81	Base de Cálculo: 356,23
Energia: 186,21	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 60,55
Encargos: 9,67	Valor do PIS: 2,13
Tributos: 72,54	Valor do COFINS: 9,86

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82  
1,26 7,00 0,29

FLORESTA

11/2018

92,97

ROT: 7.001.15.05.440600



Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez 591 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO  
0031278-9

TOTAL A PAGAR - R\$  
402,51

MÊS FATURADO  
01/2019

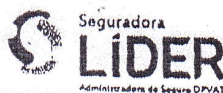
VENCIMENTO  
25/02/2019

Nº da Nota Fiscal: 002217142 FCAM

83660000004 3 02510075000 6 00000000031 5 27890119008 4



SEQ.: 00239 UC: 0031278-9 DT.LEIT.: 23/01/2019 T.ENTR.: 02  
LEITURA: 37816 NORMAL TOTAL: 402,51 CARGA: 017-  
DT.VENC.: 25/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1371



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Ilair Trácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.532 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Carlos Rodrigues Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 688.799.032 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Manoel Carlos Rodrigues Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 688.799.032 / 68 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 Antônio Pinheiro Góes</u>		Número <u>3832</u>	Complemento
Bairro <u>Baritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilair@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista 24 de Outubro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
24 OUT. 2018



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Manoel Carlos Rodrigues Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	470052-0 SSP-Ma
ENDEREÇO:	Rua. Ten Braz Barros Silva, 335, Jardim Carara

### OUTORGADO

NOME:	Flôr Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua. Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista - RR 24/10/2018

LOCAL E DATA

DOCUMENTO  
ORIGINAL

24 OUT. 2018



Manoel Carlos R. Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



Thays Coutinho Weber  
Escritor Autorizada  
Cartório Loureiro



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037117/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2018 08:26 Data/Hora Fim: 19/09/2018 09:03  
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/09/2018  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 26/07/2018 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Centro  
Logradouro: Praça do Centro Cívico  
Complemento: Rotatória do Centro Cívico  
Ponto de Referência: Catedral da Diocese de Roraima/Samáforo  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEILIANE OLIVEIRA COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Santarém	Sexo: Feminino	Nasc: 05/06/1985
Profissão: Do Lar		Escolaridade: Ensino Fundamental Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Ivanete Duarte Oliveira		Nome do Pai: Roldão Bezerra Costa	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 238432  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 818.781.502-78

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Tenente Braz Barros Silva Nº: 335  
Complemento: Apartamento 03  
Bairro: Jardim Caranã  
Telefone: (95) 99168-3375 (Celular)

Nome Civil: MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Santa Luzia	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1973
Profissão: Desempregado		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria Rodrigues Silva		Nome do Pai: Francisco da Silva Lopes	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 470052-0  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 688.799.032-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Tenente Braz Barros Silva Nº: 335



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 19/09/2018 09:04  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

24 OUT. 2018



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037117/2018

Complemento: Apartamento 03  
Bairro: Jardim Caranã  
Telefone: (95) 99127-1529 (Celular)

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 1104925289	Placa NAV-0237
Número do Chassi 9C2JC6900HR303903	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor Vermelha	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125I FAN
Modelo HONDA/CG 125I FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Manoel Carlos Rodrigues Silva	Proprietário

### RELATO/HISTÓRICO

Os comunicante compareceram nesta Delegacia para informarem que conforme, hora, data e local descritos acima, quando trafegavam na motocicleta também já descrita acima, estando à mesma no Nome do Senhor MANOEL que era o condutor e não possui carteira nacional de habilitação. Que sua companheira a Senhora LEILIANE era passageira da motocicleta. Que quando estavam parados, aguardando a abertura do semáforo (ficar verde). Que foram colididos na traseira por outra motocicleta (NÃO SABEM INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS, POIS A MESMA EVADIU-SE DO LOCAL). Que ambos sofreram lesões corporais e foram socorridos por populares até o HGR. QUE AMBOS NÃO DESEJAM REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

### ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

49 SET. 2018  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

Manoel Carlos Rodrigues Silva  
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
24 OUT. 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN-RR		Nº 012199190902	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01104925289		2017
NOME			
MANDEL C RODRIGUES SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
688.799.032-68		NAV0237	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
		9C2JC6900HR303903	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO-APLIC.		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
HONDA/CG 125I FAN		2016	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
28/0124CC/	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
1ª *PAGU*	*PAGU*	1ª *****	
2ª *****		2ª *****	
3ª *****		3ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$180.00		R\$0.00	R\$180.00
DATA DE PAGAMENTO		31/05/2017	
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. BANCO PANAMERICANO SA * PROIB. SA			
IR DA ANA			
Antonio Francisco Beserra Marques			
Diretor Presidente			
DETRAN-RR			
Interino			
DATA			
17/07/2017			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS			
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS			
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 012199190902		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2017			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	688.799.032-68	NAV0237	2017
DATA EMISSÃO	17/07/2017		
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	CAT. TARIF.
01104925289	HONDA/CG 125I FAN	2016	
Nº CHASSI	9C2JC6900HR303903		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$81.29	R\$9.03	R\$90.32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.00	R\$94.47	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA		31/05/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			





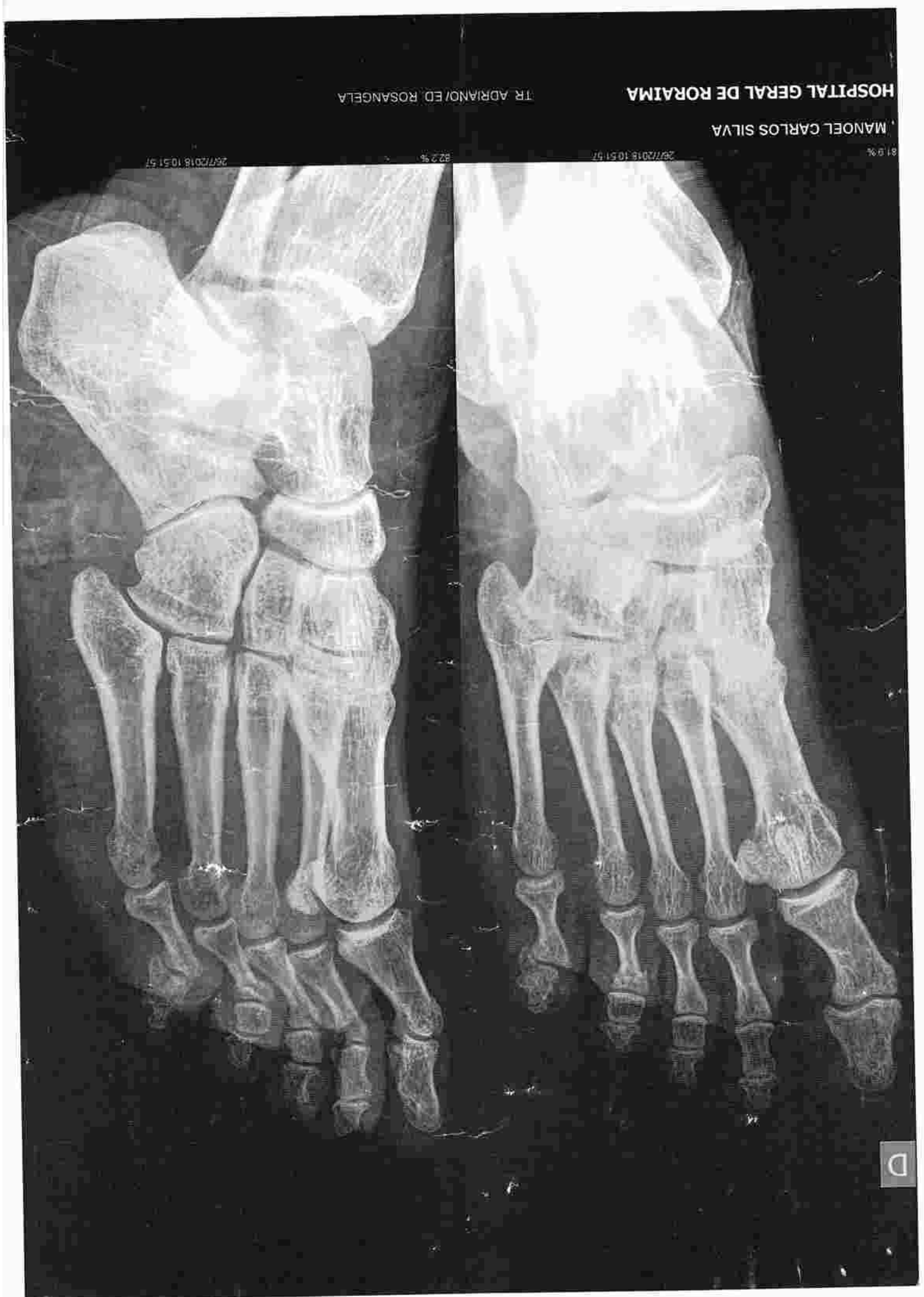
Vitória De Almeida Da  
Tramete C/ Ex. Exatidão de S  
De S. De - (D)  
C. P. D. N. D. S. + S. S. S.

Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RR 1635-  
RQE: 610

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
24 OUT. 2018









80.9%

2/8/2018 17:16:19

60.6%

2/8/2018 17:16:19

MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: WECSLEY/ED: ROSANGELA





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	688.799.032-68	Manoel Carlos Rodrigues Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Manoel Carlos Rodrigues Silva		688.799.032-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Desempregado	Rua: Ten Braz Barros Silva	335	Ap-05
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Jardim Caranto	Boa Vista	Roraima	69.393-715
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENTA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 63482

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 24/10/2018

Nome: Manoel Carlos Rodrigues Silva

CPF: 688.799.032-68

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



# ANEXO 1

## TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (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					
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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=1.012%2C5...>



## Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo		
<b>Descrição do cálculo</b>		
<b>Valor Nominal</b>	R\$ 1.012,50	
<b>Indexador e metodologia de cálculo</b>	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.	
<b>Período da correção</b>	26/7/2018 a 27/2/2019	
<b>Taxa de juros (%)</b>	1 % a.m. compostos	
<b>Período dos juros</b>	26/7/2018 a 27/2/2019	

Dados calculados		
<b>Fator de correção do período</b>	216 dias	1,015784
<b>Percentual correspondente</b>	216 dias	1,578425 %
<b>Valor corrigido para 27/2/2019</b>	(=)	R\$ 1.028,48
<b>Juros(216 dias-7,42711%)</b>	(+)	R\$ 76,39
<b>Sub Total</b>	(=)	R\$ 1.104,87
<b>Valor total</b>	(=)	<b>R\$ 1.104,87</b>

**Retornar   Imprimir**