

Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, MANOEL CARLOS R. SILVA PROFISSÃO: DESEMPREJADO
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVÉL, FONE: 99168-3375,
E-MAIL: manoelcarlos.silva@gmail.com RG: 470052-0
SSP-RJ e CPF: 688.799.032-68, RESIDENTE Á
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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA

ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL PROFISSÃO: DESEMPLUGADO

RG N° 470 052-0 SSP/RR CPF: 688.799.032-68

ENDEREÇO: AV. SABA' CUNHA N° 992 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.

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 reforçada 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, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conferir 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.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

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



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCO DA SILVA LOPES
MARIA RODRIGUES SILVA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 09/08/1973

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA

DOCUMENTO: RG 4700520 SESP RR 21/11/2013

LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPE: 688.799.022-68 CNH:.....
TIT. ELEITOR: 004671222682 SECÃO: 0657 ZONA: 001

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 10/02/2014

Manoel Carlos Rodrigues Silva
MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE: **PARA**:
DOCUMENTO:
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NAME:
DOCUMENTO:
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NAME:
DOCUMENTO:
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NAME:
DOCUMENTO:
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	470052-0
HOME	
NAME	MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA
SEX	
FLUXO	
FRANCISCO DA SILVA LOPES	DATA DE NASCIMENTO
MARIA RODRIGUES SILVA	08/08/1973
MATRIZ/NAME	
SANTA LUZIA - MA	
DOC ORIGEM	CERTID NASC 91808 FLS 28-V LIV A-094
CIF	SANTA LUZIA-MA
688.799.032-68	AMADEU ROCHA TRIANI
1 VIA	Perito Papiloscopista de Polícia Civil Diretor do IPEC-RO
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CÍDIO CRUZ	
	
Polegar Direito	
	
Manoel Carlos Rodrigues Silva	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

24 OUT. 2018

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGUÍNEO 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 ORGAOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES		
NUMERO	SÉRIE	UF
DATA DE EMISSÃO		
ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
NUMERO	SÉRIE	UF
DATA DE EMISSÃO		
ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
NUMERO	SÉRIE	UF
DATA DE EMISSÃO		
ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
06		

07 CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR: M M COMERCIO E SERVIÇOS LTDA – ME CNPJ: 13.537.529/0001-90 ENDEREÇO: AVENIDA SÃO JOÃO N° 269 BAIRRO: CENTRO CEP: 69.300.000 CIDADE: São Luís ESTADO: RR ESP. ESTABELECIMENTO: COMERCIAL CARGO: AJUDANTE DE PÉDREIRO 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 COMERCIO E SERVIÇOS LTDA – ME Moisés Stainer Guimarães Ferreira Sócio-Administrador ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHAS		
DATA DE SAÍDA: 25 DE NOVEMBRO DE 2015 Moisés Stainer Guimarães Ferreira ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHAS 1º Sócio-Administrador		
COM. DISPENSA CD N° FGTS N° DA CONTA:		

99168-3375

CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR	Insc. Estadual 24.0171117 Insc. Municipal 034361	
COOP. CH	ND COMÉRCIO SERVIÇOS	
ENDEREÇO	EIRELI LTDA EPP	
MUNICIPIO	R. Mario do Violão, nº 655B - B. Liberdade	
REGISTRO	Boa Vista / RR CEP 69.319-095	
ESR DO ESTABELECIMENTO	05.567.810/0001-48	
CARGO	05.567.810/0001-48	
CBO N	05.567.810/0001-48	
DATA DE ADMISSÃO	09 DE 09 DE 2016	
REGISTRO N	RS. RICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA	R\$ 880,00 (OITOCENTOS E OITENTA E OITO REAIS)	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	
Nadson Padilha Pinheiro	Nadson Padilha Pinheiro	
Nadson Padilha Pinheiro	Nadson Padilha Pinheiro	
DATA DE SAÍDA	10 DE 10 DE 2016	
REGISTRO N	RS. RICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA	R\$ 920,00	
COM. DISPENSA CD	Extremo Norte Serviços	
FGTS N° DA CONTA	Tamachi Gomes Nakazaki Titular	

CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR	04.451.516/0001-03 EXTREMO NORTE SERVIÇOS DE LIMPEZA EIRELI ME	
COOP. CH	INSCRIÇÃO ESTADUAL 24.010005-0	
ENDEREÇO	MUNICÍPIO Av. Gen. Ataíde Teixeira, 33044, Buritis	
REGISTRO	ESR DO ESTABELECIMENTO CEP: 69.309-187	
CARGO	Cargo Titular de Limpeza	
CBO N	05.567.810/0001-48	
DATA DE ADMISSÃO	12 DE OUTUBRO DE 2016	
REGISTRO N	RS. RICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA	R\$ 920,00	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	Extremo Norte Serviços	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	Tamachi Gomes Nakazaki Titular	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	Extremo Norte Serviços	
N. D. Com. Serv. Trans. Ltda - Me	Tamachi Gomes Nakazaki Titular	
DATA DE SAÍDA	25 DE NOVEMBRO DE 2016	
REGISTRO N	RS. RICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA	R\$ 920,00	
COM. DISPENSA CD	Extremo Norte Serviços	
FGTS N° DA CONTA	Tamachi Gomes Nakazaki Titular	

CONTRATO DE TRABALHO	
CNPJ 05.672.441/0001-69	
EMPRESA	AGUA VIVA COMÉRCIO E SERVIÇOS LTDA-EPP
ENDEREÇO	Av. Princesa Isabel nº 1423 Buntis
INSC EST	24.011397-3
MUNICÍPIO	CEP. 69.309-173
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Roa Vista
CARGO	Analista de Lamas
CBO N°	5142 - 25
DATA DE ADMISSÃO 17 DE Fevereiro DE 2017	
REGISTRO N°	RS - FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 934,00 (novecentos e trinta e sete reais) por mês	
Agua Viva Cpm. e Serv. Ltda - EPP	
DATA DE SAÍDA 01 DE Março DE 2018	
Adriana Alves Santil Procuradora	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

10

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA
ENDEREÇO
MUNICÍPIO UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO
CBO N°
DATA DE ADMISSÃO DE	
REGISTRO N°	RS - FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
.....	
DATA DE SAÍDA DE	
.....	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

11



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0031278-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. 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 10.458 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		23/01/2019
Anterior:	37369		Atual: 21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Anterior: 20/02/2019
Consumo Medido:	447	FCAM	Próxima Leitura: 22/01/2019
Consumo Faturado:	447		Emissão: 23/01/2019
			Apresentação: 23/01/2019

33
NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.
RESIDENCIAL	TRI	4704633	0 1518524	1.1.1.3 363

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18 259	CONSUMO 447 A R\$ 0,796948 = 356,23
NOV/18 309	CORREÇÃO MONETARIA DA 10/18-00 0,03
OUT/18 366	CORREÇÃO 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 TRIBUÍOS: 0 A 447 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

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 OPÇÃO 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\$
87,81	356,23
Distribuição: 186,21	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 60,55
Transmissão: 9,67	Valor do ICMS: 2,13
Encargos: 72,54	Valor do PIS: 9,86
Tributos:	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

SEU CÓDIGO
0031278-9

TOTAL A PAGAR - R\$
402,51

MÊS FATURADO
01/2019

VENCIMENTO
25/02/2019

Nº da Nota Fiscal: 002217142 FCAM

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

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 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 fazenda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flor Francis 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, inscrita (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	Número	Complemento
<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	<u>3832</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Barreiros</u>	<u>RR</u>	<u>69.300-209</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>florfrancis@hotmail.com</u>		<u>(45) 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 Caraná	

OUTORGADO

NOME:	Flor Inácia de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	114.807 SSP-Re	
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 CÓNSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista - RR 24/10/2018

LOCAL E DATA

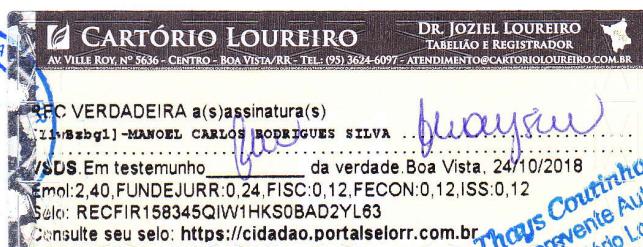
DOCUMENTO
ORIGINAL

24 OUT. 2018

Manoel Carlos Ro Sil Vie

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
Escritório 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

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	Envolvidos
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 à 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

DA
19 SET. 2018
Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento
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 cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DOCUMENTO
ORIGINAL
24 OUT. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 012199190902

VIA: 01 CÓD. RENAVAM: 01104925289 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2017

NOME: MANOEL C. RODRIGUES SILVA

CPF / CNPJ: 688.799.032-68 PLACA: NAV0237

PLACA ANT / UF: PC2J06900HR308903 CHASSI:

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO-APELIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125I FAN ANO FAB.: 2016 | 2017

CAP / POT / CIL.: 2R/012400 CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA

I COTA ÚNICA: 1^a VENC. COTA ÚNICA: 2^a VENC / COTAS: 3^a

P FADA/DPVA VENCIMENTO / COTAS: 1^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 180,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 180,00 DATA DE PAGAMENTO: 31/05/2017

OBSERVAÇÕES: AL.FID. BANCO PANAMERICANO SA * PROIB. SA IR DA ÁREA DE TRÂNSITO

Antonio Francisco Beserra Marques
Dir. Presidente
DETAN-RR
Inferno.

EXPEDIDOR: BOA VISTA-RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE FOR 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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 17/07/2017

VIA: 01 RENAVAM: 01104925289 PLACA: NAV0237

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125I FAM N° CHASSI: PC2J06900HR308903

ANO FAB.: 2016 CAT. TARIF.: 10F (R\$) 180,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 180,00

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 180,00 DETAN-RR (R\$) 180,00 CUSTO DO BILHETE (R\$) 180,00 TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$) 180,00

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 31/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

26/07/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Rosâlia Gomes da Sifva
Aux. Serv. Saúde



1800986753	26/07/2018 10:18:21	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	5		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MANOEL CARLOS RODRIGUES SILVA		08/08/1973	44 A 11 M 18 D					
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE 4790520				M	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					INFORMADO			
MARIA RODRIGUES SILVA						FRANCISCO DA SILVA LOPES	Contato	
Endereço							(95) 99161-9893	Ocupação
RUA - AZUL DE MARÇO - 61 - CARANA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						
Setor		Tipo da Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTÂNEA			DANIEL.VIANA			
Queixa Principal		_____ (<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue)						
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)								
Acidente moto x moto.								
Exame Físico		Inhalacão severa, perde sangue.						
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
Dolores otos 3m ago								
DOCUMENTO ORIGINAL 24 JUN 2018		HOSPITAL GERAL DO RORAIMA Av. Brdg. Eduardo Gómez, 5/11 Novo Planalto - CEP 69060-060 AUXILIAR DE ENFERMAGEM 19 SET 2018			Cópia é falso Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / / /						
Óbito		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / / /						
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não) Destino: (<input type="checkbox"/> Família								
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 26/07/2018 10:19:51



1800986753

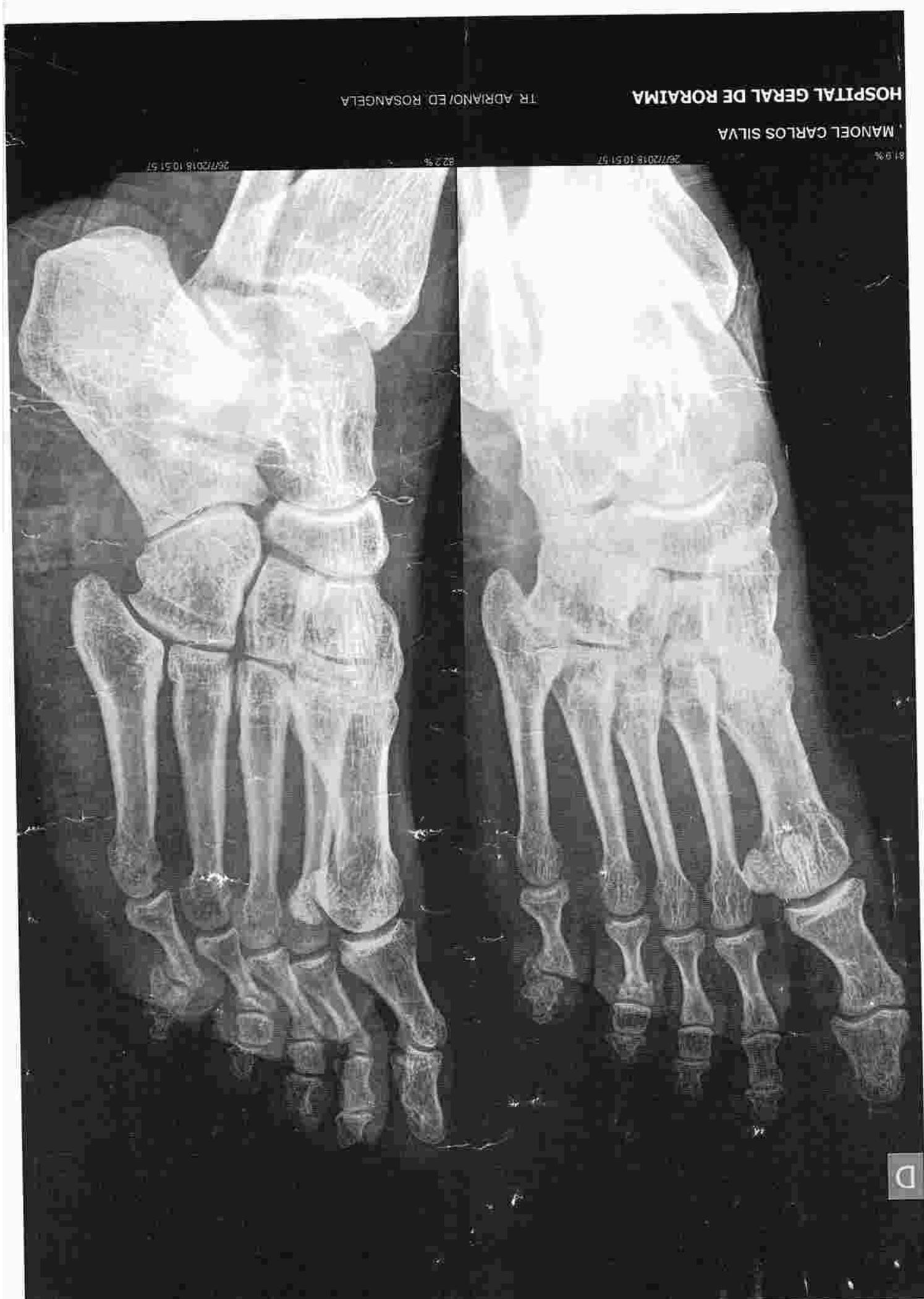
Uma Dc. para da de
Tome C / s/ Gabinete da C³
Dc. s/ - ⑦

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

DOCUMENTO
ORIGINAL

24 OUT. 2010







80.9 %

28/02/2018 17:16:19

80.6 %

28/02/2018 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:	Manoel Carlos Rodrigues Silva	CPF: 688.799.032-68
Profissão:	Desempregado	Endereço: Rua. Ten Barros Barros Silva
Bairro:	Jardim Caramujo	Número: 335 Complemento: AP-05
E-mail:	Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.353-715 Tel.(DDD):	

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: _____

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.

DOCUMENTO
2º ORIGINAL
2018

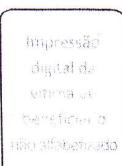
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Falecidos: 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.



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

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 íntero 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



Seguradora Líder · DPVAT

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					
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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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	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 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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo**Valor Nominal**

R\$ 1.012,50

Indexador e metodologia de cálculo

IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.

Período da correção

26/7/2018 a 27/2/2019

Taxa de juros (%)

1 % a.m. compostos

Período dos juros

26/7/2018 a 27/2/2019

Dados calculados

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

[Retornar](#) [Imprimir](#)