



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024283/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/08/2019 11:50 Data/Hora Fim: 07/08/2019 12:12
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/08/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/04/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: Corretores de Imóveis

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PAULA ALVES DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Anapurus	Sexo: Feminino	Nasc: 07/04/1992
Profissão: Do Lar	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Pedrinha Alves da Silva	Nome do Pai: Raimundo Gonçalves da Silva		

Documentos

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 057.622.573-80

RG - Carteira de Identidade: C39032382010-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua General Bento Gonçalves

Nº: 765

Complemento: Casa

Bairro: Operário

Telefone: (35) 99126-7432 (Recado)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 060.501.662-34	Placa: NAO-7131
Renavam: 01108218897	Número do Motor: KC25E0H019706
Número do Chassi: 9C2KC2500HR019674	Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/08/2019 12:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

18 SET. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024283/2019

Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Paula Alves da Silva	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava como passageira na garupa da motocicleta também já devidamente descrita acima de propriedade de PAULO DAVID DOS SANTOS e que era conduzida por seu companheiro ELIAS OLIVEIRA DE SOUZA, que não possui habilitação. Que colidiram em veículo que saiu de marcha ré de umas das casas, não sabendo informar as características identificadoras do veículo, nem condutor e nem o número da casa que o veículo saiu. Que sofreu lesões corporais e foi levada ao HGR no próprio veículo ocasionador. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

DAI

07 SET. 2019

Ana Paula Alves da Silva

Ana Paula Alves da Silva
(Vítima / Comunicante)

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFEE

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

18 SET. 2019



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/08/2019 12:13
Protocolo nº: Não disponível

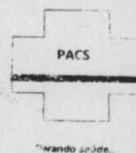
Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
RUA DELACAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amã, ãia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: Amã Paulo A. de Silva

do NSR- Ortopedia

Pat. pulmonar de: doença no
em carro e moto.

Ex: Exposição osseas e parte
do tórax.

ex: doença do relacion
ortopedico.

do leito 28 diploema (EV)

Dr. Daniel Botelho
MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 12/04/19



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



RECEITUÁRIO

NOME:

Ara Paula Alves da Silva

*Ambulatório de Ortopedia
Hospital Coronel Góes*

*- favor agendar consulta
com Dr. Bruno Riquardo
no dia 02/05/19
às 7:00hs.*

DATA

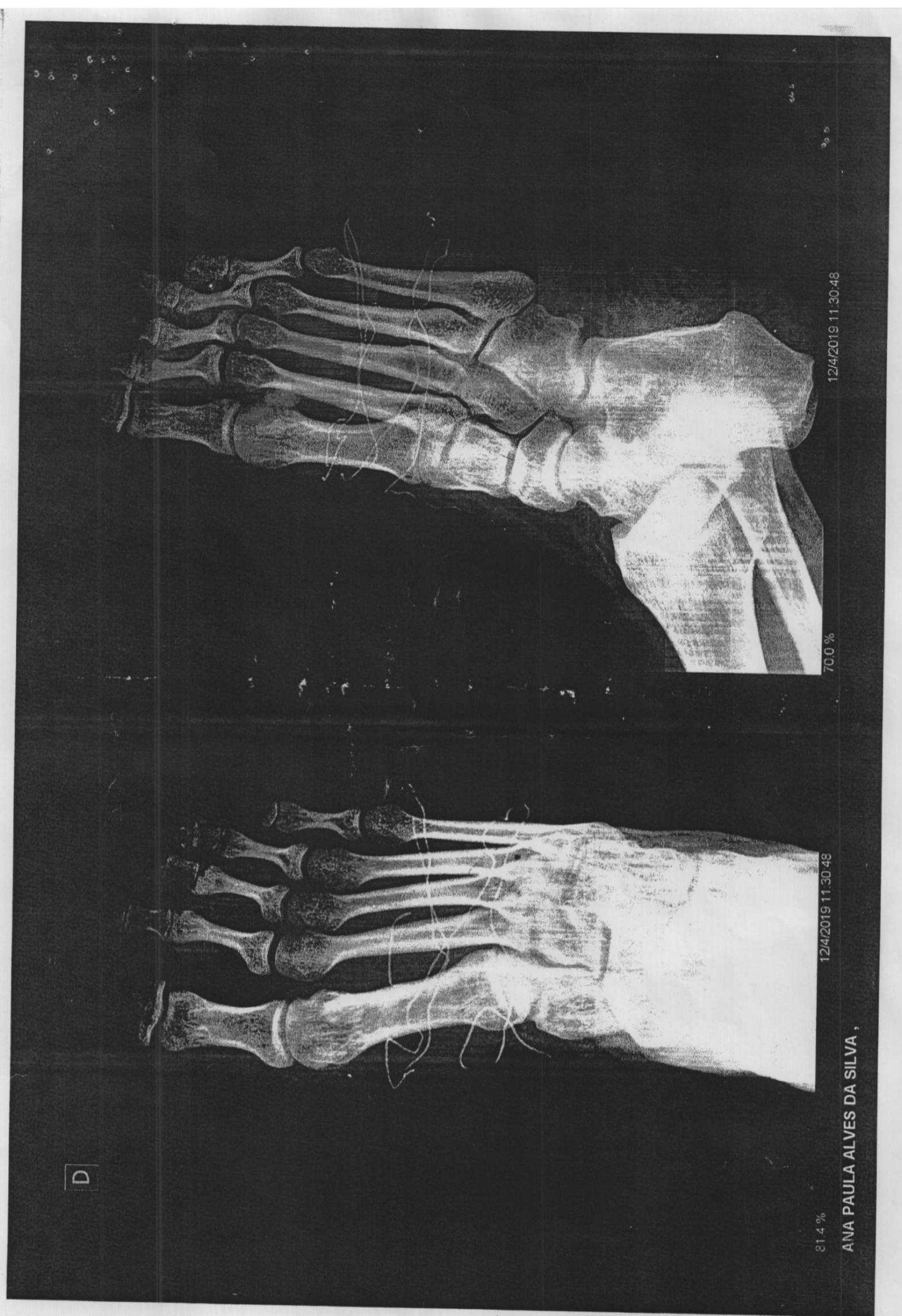
12/04/19

Dr. Pedro de S. Figueira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

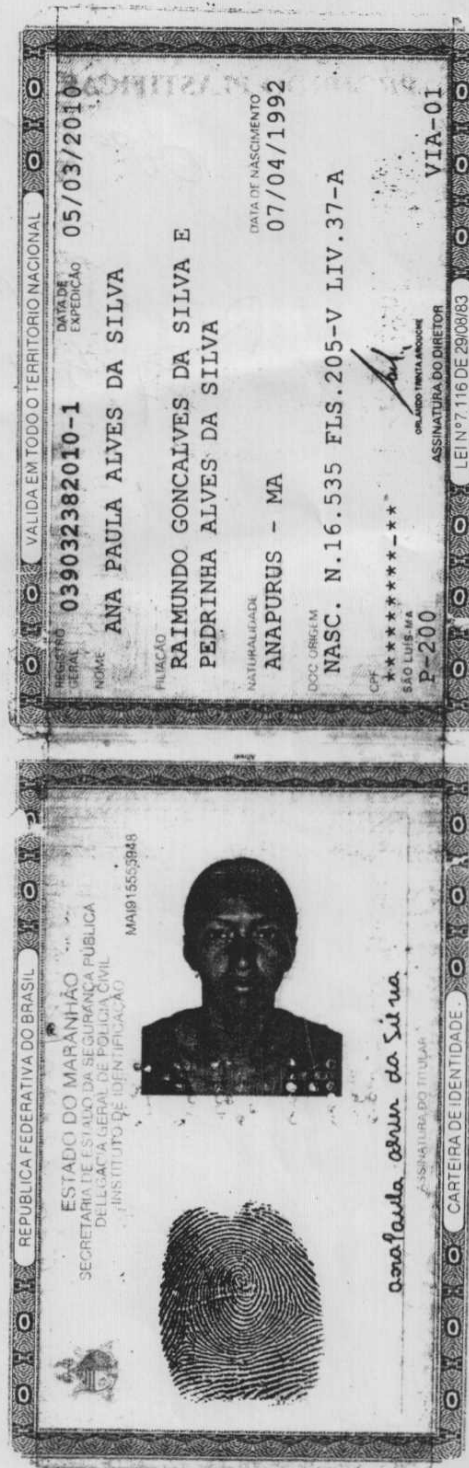
ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3303, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO



ANA PAULA ALVES DA SILVA ,



18 SET. 2019



Para contato
conosco informe
este número



Roraima Energia S.A.
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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003295713

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

CONTA-MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	323	254,22

JOAQUIM NASCIMENTO DE SOUSA
F. WALDIR PEREIRA DA ROCHA 1312 1 JARDIM CARANA
CPF: 00024986704249
CEP: 69.313-712 - BOA VISTA

ROT: 7.001.11.01.523605

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	16468		Atual: 24/07/2019
Anterior:	16145		Anterior: 21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Medido:	323		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	323	FCAM	Apresentação: 24/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RLSID.BX.RENDA	BT	16TDB021710	1512570	1.6.1.2	380

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 342	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAI/19 387	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
ABR/19 491	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
MAR/19 388	103 A R\$ 0,748975 = 77,14
FEV/19 419	SUBVEN. AO BAIXA RENDA = 49,62
JAN/19 422	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,31
DEZ/18 306	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X) 7,14
NOV/18 244	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X) 3,10
OUT/18 437	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,72
SET/18 351	MULTA POR ATRASO (2X) 11,69
	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 8,39
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,53
GRUPA SEM TRIBUTOS:	
0 A 24 - 0,217500	
01 A 100 - 0,772500	
01 A 200 - 0,772500	
01 A 323 - 0,621650	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor R\$ 06/2019 239,29
A consulta sobre a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/08/2019, não pagando por 15 dias, também a inclusão do nome do consumidor na FICHA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor, não considerar este aviso.

ATENÇÃO BENEFICIÁRIO BPO: EVITE A SUSPENSÃO DO BPO E PERDA DA TARIFA SOCIAL! INSCREVA-SE NO CADÚNICO ATÉ 31/12/19 NO CRA DE SEU MUNICÍPIO, E OBRIGATORIAMENTE MINISTÉRIO DA CIDADANIA 0600 07 0003. LIGUE 0800/019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 2.

RESERVADO AO FISCO 1A91.3740.3539.2C28.DBA8.9A35.0212.DFF3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 50,71	Base de Cálculo: 197,54
Energia: 107,51	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 33,54
Encargos: 5,58	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 33,54	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	6,99	8,46	16,92	33,84	4,99
5,92			15,00			1,02

FLORESTA 05/2019 101,18

ROT: 7.001.11.01.523605



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0092784-8	254,22
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	06/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal 003 95713 FCAM

83690000002 4 5422075000 9 000000000092 7 7848071900 3 6



SEQ.: 00112 UC: 0092784-8 DT.LEIT.: 24/07/2019 T.ENT.: 07
LEITURA: 16468 NORMAL TOTAL: 254,22 CARGA 00
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1242

18 SET. 2019

Cliente

Nome (sem abreviação)

ANA PAULA ALVES DA SILVA

Nº da Agência/Conta/DAC

6953/25111-0

20 Dias

A6 E. Pou

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

☐ Sim ☒ Não

Entrega de Cheques em Domicílio

☐ Sim ☒ Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

☐ Sim ☒ Não

LIS - Limite Itaú para Saque

☐ Sim ☒ Não

Seguro LIS Itaú

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Crédito Itaucard:

☐ Sim ☒ Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Débito Itaú

☒ Sim ☐ Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

☐ Sim ☒ Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

☐ Sim ☒ Não

Fatura Digital

☐ Sim ☒ Não

Pacote de Serviços- () não solicitou - (x) solicitou Poupança Economica Itau; com mensalidade de R\$ 0,00. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou DEBITO MASTERCARD; no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou ; no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou ; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itaubr.com/cartoos. O contrato será enviado para você via SMS e está disponível para consulta e download no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário. Para consultar se o seu cartão possui o Programa de Fidelidade e/ou fazer a adesão acesse itaubr.com/fidelidade.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

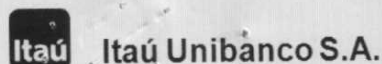
Atenção: Ao aderir ao Plano, **você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador.** Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaubr.com.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaubr.com ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.



Itaú Unibanco S.A.

Informações Essenciais - Conta Universal Itaú

Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis desconroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF - Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

 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: 057.622.573-80 Nome completo da vítima: Ana Paula Alves da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012	
Nome completo:	ANA PAULA ALVES DA SILVA
Profissão:	DO LAR
Endereço:	WALMIR PEREIRA DA ROCHA
Bairro:	Jd. CARANA
Cidade:	BDA VISTA
Estado:	RR
E-mail:	ILOTERRR@HOTMAIL.COM
CPF:	057.622.573-80
Número:	1312
Complemento:	
CEP:	69.313-712
Tel. (DDD):	(95) 98403-5060
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
DADOS CADASTRAIS	
RENDA 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)	
AGÊNCIA:	CONTA:
6953	25111
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(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: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.	
TESTEMUNHAS	
1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
Local e Data: Boa Vista - RR 18/09/2019	
Nome: Ana Paula Alves da Silva	
CPF: 057.622.573-80	
(* Assinatura de quem assina A ROGO)	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	
(* 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.	





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 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 de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Paula Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.622.573 80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Ana Paula Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.622.573 / 80, 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: Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1832

Complemento:

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: LOIRRR@HOTMAIL.com

Tel.(DDD): (95)98403-5060

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/09/2019.

Assinatura do Declarante

18 SET. 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO

Eu, PAULO DAVID DOS SANTOS
RG nº 26.362 Data Expedida 22 / 05 / 2019
Órgão SSP/RORAIMA portador do CPF Nº 060.501.662-34, com
Domicilio na cidade de BOA VISTA no Estado de RORAIMA
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA BENTIVI N
Nº 87 Bairro MECEJANA declaro, sob as penas da lei, que
o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com vítima Ana Paula Alves da Silva.
Cujo o condutor era Elias Oliveira de Souza.

Veiculo:- MOTOCICLETA

Modelo:- HONDA CB 160

Ano:- 2016/2017

Placa:- NÃO 7131

Chassi:- 9C2KC2500H019674

Data do Acidente:- / /

Local e Data:- Boa Vista - RR, 13 / 08 / 2019

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

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Thays Coutinho Weber
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

18 SET. 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

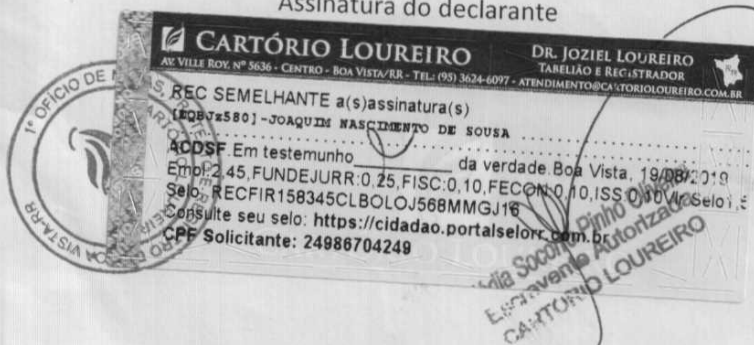
Eu, Joaquim Nascimento de Sousa inscrito no CPF sob
o nº 249.867.042-49, DECLARO para
comprovação de residência que o(a) Ana Paula Alves da Silva Sr(a),
CPF sob o nº 057.622.573-80 inscrito no
residente em minha residência no endereço: Rua:
Walmir Pereira da Rocha
nº 1312 bairro: Jardim Caranã
declaro ainda estar ciente.

Boa vista, 19 de Agosto de 2019.



Joaquim Nascimento de Sousa

Assinatura do declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA		Nº 012661129113	
COD RENAVAM 01		RNTTC	
01108218897		EXERCÍCIO 2017	
PAULO DAVID DOS SANTOS			
PLACA 060.501.662-34		PLACA MA07131	
PLACANT/UF 9C2KC2500HR019674		CLASSE	
PAS/MOTOCICLETA/MAD AELIC			
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
CAP/PT/CL 2P/0162CC/		ANO FAB 2016	
CATEGORIA PARTICU		COR/PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA		VENC/COTAS	
P *PAGOK		1 *****	
V *PAGOK		2 *****	
A *PAGOK COTA UNICA **		3 *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 19/01/2017		PREMIO TOTAL (R\$) 19/01/2017	
AL.FID - BANCO PANAMERICANO SA * FROIB SA			
IR DA AGUIN - 0010 *			
BOA VINDA - 0010 *			
DETTRAN/RR			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
RR Nº 012661129113 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
060-501 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodetransilva.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO 2017	
DATA EMISSÃO 24/01/2017	
PLACA MA07131	
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START	
ANO FAB 2016	
COTA UNICA 9C2KC2500HR019674	
PREMIO TARIFARIO	
R\$81.29	
R\$9.03	
R\$90.33	
R\$4.15	
R\$0.7	
R\$185.5	
DATA DE CANCELAMENTO 19/01/2017	



RR SEGUROS DPVAT

ESCRITÓRIO



DADOS DO CLIENTE

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO		ANA PAULA ALVES DA SILVA			
CPF		057.622.573-80			
RG	039032382010-1	EMISSOR	SSP	UF	MA
DATA DO ACIDENTE	12/04/19	LOCAL			
NOME DO PAI	RALMUNDO GONCALVES DA SILVA				
NOME DA MÃE	PEDRINHA ALVES DA SILVA				
ENDEREÇO (1)	RUA WALDIR PEREIRA DA ROCHA 1312				
BAIRRO	Jd. CACANA	CIDADE	BOA VISTA		
CEP	69.313-712	ESTADO	ROIM MA		
TEL. CEL. (1)	915991267432	TEL. CEL. (2)	(95) 99137-9797		
ENDEREÇO (2)					
BAIRRO		CIDADE			
SINISTRO					

Documentos necessarios

- ☒ CPF (Xerox)
- ☒ RG (Xerox)
- ☒ Comprovante BANCÁRIO
- ☒ Comprovante de Residência
- ☒ PRONTUÁRIO HOSPITALAR
- ☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ☐ ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviaria federal)
- ☐ DUT (caso a vítima seja o proprietário do veiculo)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	ANA PAULA ALVES DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	DO LAR
IDENTIDADE:	039032382010-1 SSP/RN
ENDEREÇO:	RUA: WALMER P. DA ROCHA 1312 JACARANA

OUTORGADO

NOME:	ILDIR INACIO DE SOUZA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	R: ANTONIO P. GALVAO 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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 04 / 19, cobertura Invalidez, vítima: Ana Paula Alves da Silva.

BOANISTA 14 DE MAIO DE 2019

LOCAL E DATA



Ana Paula Alves da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



18 SET. 2019

12/04/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



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

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

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

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

Visto
UVE
TCT

1901096478	12/04/2019 10:58:20	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 6	
Paciente ANA PAULA ALVES DA SILVA		Data Nascimento 07/04/1992	Idade 27 A 0 M 5 D	CNS 700704982273470	CPF 700704982273470
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 039032382010	Órgão Emissor BSP/MA	Data Emissão 05/03/2010	Sexo F
Mãe PEDRINHA ALVES DA SILVA		Estado Civil UNIAO		Raça/Cor PARDA	Naturalidade ANAPURUS - MA
Endereço RUA - ALMIR PEREIRA BARBOSA - 1312 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR		Estável RAIMUNDA GONCALVES DA SILVA		Contato (95) 99126-7482	Nacionalidade BRASILEIRA
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp. Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)	Procedimento Sol.	Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE	
Queixa Principal <i>ferimento aberto de moto</i>		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem <i>trauma em moto</i>		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		<i>com Angústia de morte de ferimento aberto</i>			
Exame Físico <i>solista em de o ferimento</i>					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO <i>2 acetos 1g 2 alprazolam 0,5g</i>		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Médico <i>André Coelho</i> Cirurgião Geral CRM/RR 1416 RQE 095					
Conduta ☐ 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: michele.cavalcante
Data Hora: 12/04/2019 10:59:17

18 SET. 2019



1901096478

12/04/19 Ortopedia (Dr. Bruno)
paciente vítima de acidente de moto
(sic), apresentando lesão com perda parcial
de 1º Podo dactilo ⑤.

EX. FÍSICO: Ausência parcial de falange
distal de 1º Podo dactilo ⑤
com lesão de partes moles.

cd: regularização de coto sob
anestesia + curativo.

ATB oral
+ Analgesia
+ retorno ao HCM

Dr. Pedro de S. Faustino
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2078

EU: Ana Paula Alves da Silva
PROFISSÃO: do lar ESTADO CIVIL: _____
RG: N° 039032382010-1 SSP/MA CPF/MF N°. 057.622.573-80
E-MAIL: anapaula5478@gmail.com
TELEFONE: (95) 99126-7437
ENDEREÇO: Rua: Welmar P. da Rocha N°. 1312
BAIRRO: Jardim Laranjeira CEP: 69.313-712
situado no Município de Boa Vista, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n°. 2171, com endereço na Rua
flamboian n° 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, 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, 20 de Maio de 2019.

Ana Paula Alves da Silva

Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Ana Paula Alves da Silva
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO de lar
RG nº. 039032382010-1
CPF/MF nº. 057.622.573-80
ENDEREÇO: Rua: Walmar P. da Rocha N° 1312
Sardim Caranã

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 20 / Maio de 2019.

Ana Paula Alves da Silva