



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Sine Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.032-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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

CONTANTES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019
	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	158	CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19	100	ILUMINACAO PUBLICA	42,55
ABR/19	178		
MAR/19	263		
FEV/19	237		
JAN/19	231		
DEZ/18	209		
NOV/18	370		
OUT/18	345		
SET/18	246		

ENFERMIA SPM TRIBUTOS:
0 A 196 - 0.634620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informações ainda existentes (contas) vencidas e não pagas, deverão ser quitadas no valor de R\$ 212,54 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.004F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019

32,81



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Sine Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.032-3

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

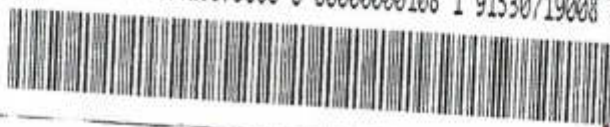
MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003319917 FCAM

83680000001 7 924100/5000 0 00000000108 1 91530/19008 1



24 OUT. 2019

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Slcio Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Taelina Maria Rufino da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 323.404.102 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Taelina Maria Rufino da Costa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>3832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buxites</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>slcio@hotmai.com</u>	CEP: <u>69.809-209</u>	Tel. (DDD): <u>9999154-4282</u>

Local e Data: Boca Vista-RR, 26/08/2019.

Assinatura do Declarante

24 OUT. 2019

1901135530	14/07/2019 11:27:47	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA		09/08/1971	47 A 11 M 5 D	704007849842364	32340710200
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	93110	SSP/RR		F	CASADO(A)
Mãe				Raça/Cor	Naturalidade
MARIA MARGARIDA RUFINO DA COSTA				PARDA	BRASILEIRA
Endereço		Pai		Cariere - CE	Contato
RUA - PAPA JOAO PAULO II - 2763 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		MANOEL BEZERRA DA COSTA			(95) 99153-8518
				Ocupação	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Selcor	URGÊNCIA				
GRANDE TRAUMA	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.			
	DEMANDA ESPONTANEA				
Queixa Principal	Registrado por: JACKSON.SADOVSKI				
	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MIRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de colisão motorizada, estava no capacete, não houve perda do nível de consciência. Lesões em forma direta e dedos da mão direita.

Hipótesis Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

- ① Aspirin 1g
- ② Ibuprofen 40mg
- ③ Codeine + eucalyptus

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
-------------	------------

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
(X) Transferência para: la

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 1 / 1 : :

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 14/07/2019 11:28:15

24 OCT. 2019



Cart

At Vítima de acidente de trânsito (STC)
+ foi violentada Fx pelamyl distal
do 3º QAD (D)

F. corte seque - rye A, selo reaf
ce

1. medicinas no 3º QAD (D)
(esp. de pebo)

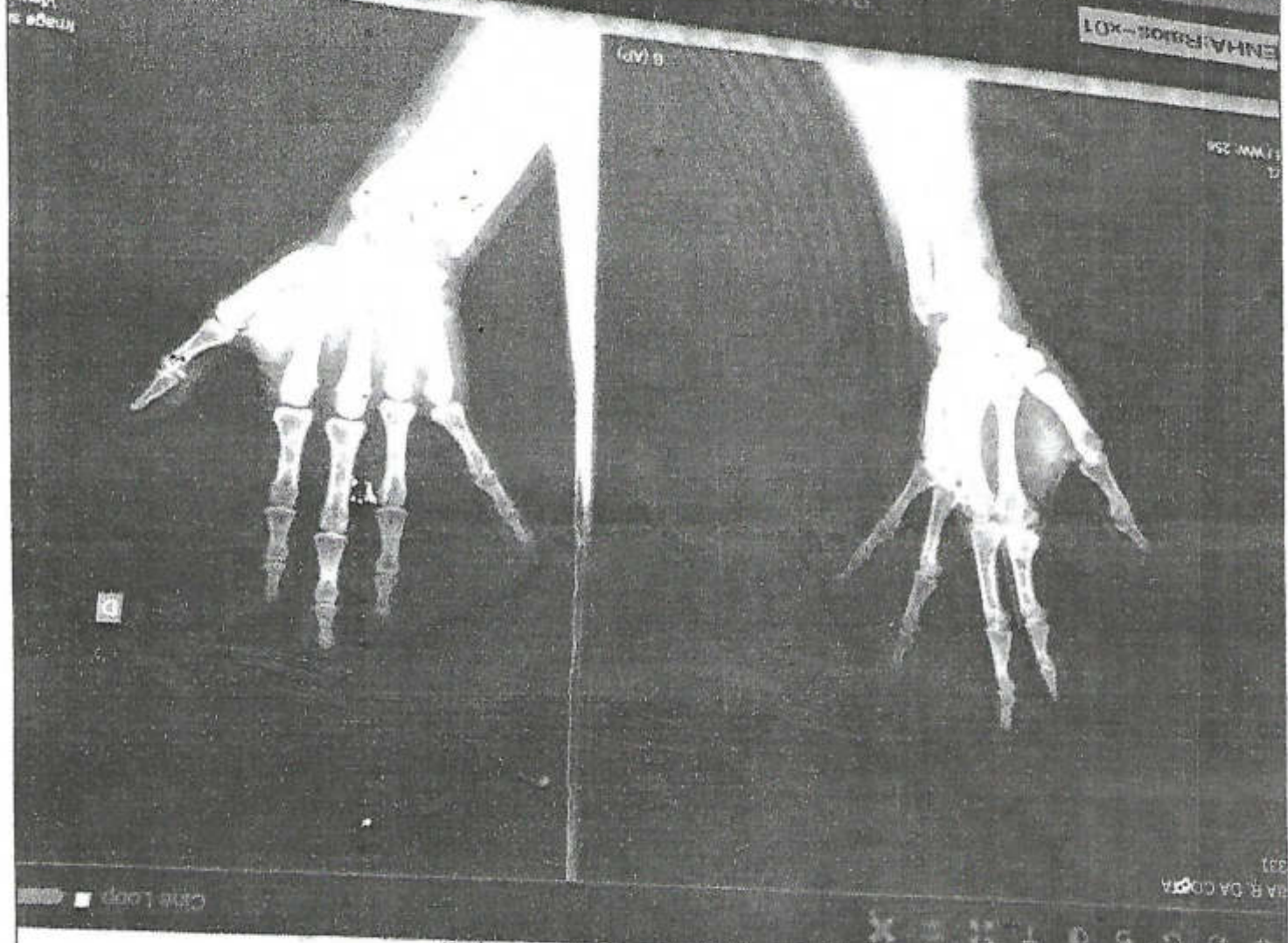
Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RS 1985



~~Desdobramento~~
Sexto. Feira

24 OUT. 2019

DEKALGEN
TAMM
MUSKON
ENHAFR002-X01



One Loop
X
Z002 PACS
Z002 PACS
Z002 PACS

Assistência Técnica de Equipamentos
Médico-Hospitalares
Amplomed
Since 2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



Jovelina Maria Rufino da Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93110

DATA DE EMISSÃO 28/01/2019

NOME JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

FLUXÃO

MANOEL BEZERRA DA COSTA

MARIA MARGARIDA RUFINO DA COSTA

NATURALIDADE

CARIRÉ - CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASC 19.683 FLS 268-V LIV A-40

CARIRÉ-CE

DATA DE NASCIMENTO 09/08/1971

323.407.102-00

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Prefeito Municipal de Cariré - CE

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

P1

24 OUT. 2019

24 OUT. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG BRASILEIRO
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1976

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CATEGORIA
AB

AF REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/03/2015

AUSCULTO KIMBISHIEU PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

92485240616
RR207968020

DETRAN - RR - BOA VISTA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190602483 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 3º DEDO DA MÃO DIREITO.
TRAUMA NA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR NAS LESÕES.
ALTA (P1/2/3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190602483 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 3º DEDO DA MÃO DIREITO.
TRAUMA NA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR NAS LESÕES.
ALTA (P1/2/3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

OUTORGANTE

NOME: Savelina Maria Rufino da Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Cargo Comissionado
IDENTIDADE: 93110 SSP/RR
ENDEREÇO: Rua: Papa João Paulo II 02 Pindolandia

OUTORGADO

NOME: Ilei Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114.807 SSP/RJ
ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Curitiba

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: 14 / 04 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Joselina Maria Rufino da Costa.

Boa Vista - RR 26 de Agosto 2019

LOCAL E DATA

 ASSINA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

24 OUT. 2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371925/19

Vítima: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

CPF: 323.407.102-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

Titular do CPF: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA : 323.407.102-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA
CPF: 323.407.102-00

JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602483

Vítima: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602483

Vítima: JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 14/07/2019, emitido pelo Dr. JORGE BARROS FREITAS CRM nº 2084 - RR, da Instituição HOSP. GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

323.404.102-00

Nome completo da vítima:

Joelina Maria Rufino da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo:

Joelina Maria Rufino da Costa

CPF:

323.404.102-00

Profissão:

Secretaria

Endereço:

Rua: Papa João Paulo II

Número:

2463

Complemento:

Bairro:

Pintalândia

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-708

E-mail:

slouev@hotmail.com

Tel.(DDD):

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

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA:

323409

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 5.194/74 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) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

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.

Assinatura
de quem
declara
a vítima ou
se não for
alfabetizado:

Local e Data: Boa Vista - RR, 26/08/2019

Nome: Joelina Maria Rufino da Costa

CPF: 323.404.102-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joelina Maria Rufino da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025474/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/08/2019 12:52 Data/Hora Fim: 14/08/2019 13:07
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/08/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Armando Nogueira

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: OVELINA MARIA RUFINO DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Cariré Sexo: Feminino Nasc: 09/08/1971
Profissão: Auxiliar de Serviços Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Margarida Rufino da Costa Nome do Pai: Manoel Bezerra da Costa

Doutamento

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 323.407.102-00
RG - Carteira de Identidade: 93110

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Papa João Paulo II
Complemento: Casa
Bairro: Pindamonhaçu
Telefone: (51) 9156-3833 (Celular)

Nº: 2763

24 OUT. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 323.259.242-20	Placa NAT-7528
Renavam 10910588930	Número do Motor JA04E28003104
Número de Chassi 9C2JA04208R003104	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor CINZ	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025474/2019

Nome Envolvido	Envolvimento
Jovelina Maria Rufino da Costa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita acima, sendo a mesma de propriedade de CLOVES BARBOSA DA SILVA. Que em referido local um veículo que estava estacionado abriu a porta, ocasionando a colisão. Que a comunicante sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat 0422000908 Responsável pelo Atendimento	ASSINATURAS 14 out. 2019 AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDO	 Jovelina Maria Rufino da Costa (Comunicante / Titulo)
---	--	--

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

24 OUT. 2019

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 ASI:

CPF da vítima:

323.404.102-00

Nome completo da vítima:

Joelina Maria Rufino da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Joelina Maria Rufino da Costa

CPF:

323.404.102-00

Profissão:

Secretaria

Endereço:

Rua: Papa João Paulo II

Número:

2463

Complemento:

Bairro:

Pintalândia

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-708

E-mail:

slouxx@hotmail.com

Tel.(DDD):

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

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 323409

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 5.194/74 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) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascido)?

☐ 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.

Assinatura
e data da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR, 26/08/2019

Nome: Joelina Maria Rufino da Costa

CPF: 323.404.102-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joelina Maria Rufino da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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.

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 051 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.037.322-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 360/11

Nº da Nota Fiscal: 003274610

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	85	58,10

JOVELINA MARIA RUFINO DA COSTA
R. PAPA JOAO PAULO II 2763 02 PINTOLANDIA
CPF: 00032340710200
CEP: 69.316-708 BOA VISTA

ROT: 8.001.16.09.081206

DADOS DA LEITURA	KWh	KVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1672		Atual: 19/07/2019
Anterior:	1587		Anterior: 18/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 19/08/2019
Consumo Medido:	85		Emissão: 18/07/2019
Consumo Faturado:	85	FCAM	Apresentação: 19/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	01	16TDB04666M	1405245	1.4.1.2	70

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 67	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAI/19 101	55 A R\$ 0,449385 = 24,71
ABR/19 100	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 32,42
MAR/19 105	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,53
FEV/19 121	
JAN/19 36	
DEZ/18 55	
NOV/18 76	
OUT/18 53	
SET/18 48	
TARIFA EPI TRIBUTOS:	
0 A 20 - 0,110000	
31 A 65 - 0,372990	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/08/2019, em função das contas resistentes nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda que existem créditos vencidos e a regularização no valor de R\$ 450,84 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2019	50,00	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO F30B.A17A.040C.C8AE.A79E.A5D4.9406.2AFC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 8,38	Base de Cálculo: 32,57
Energia: 17,74	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 5,53
Encargos: 0,92	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 5,53	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,74 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
7,56 14,00 1,17

DISTRITO 05/2019 16,81
ROT: 8.001.16.09.081206



SEU CODIGO 0142359-2	TOTAL A PAGAR - R\$ 58,10
MES FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 051 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.037.322-3

Nº da Nota Fiscal: 003274610 FCAM

83680000000 9.58100075000 9 00000000142 0 35920719008 3



SEQ.: 00161 UC: 0142359-2 DT. LEIT.: 19/07/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 1672 NORMAL TOTAL: 58,10 • CARGA: 005
DT. VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

24 OUT. 2019