

13/01/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 11/2019 referente a UC: 1090291



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4106135

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 6

BURITIS

69309209 BOA VISTA

10 FEV. 2020

R.:

CÓDIGO ÚNICO 1090291	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh) 138	VENCIMENTO 11-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 355,12

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 Alair Spacio de Souza

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

Olmar de Castro Angelo inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.034.612 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Olmar de Castro Angelo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.034.612 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

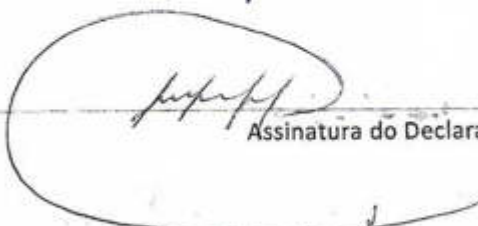
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barões</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 07/02, 2020


Assinatura do Declarante

10 FEV. 2020



GOVERNÓ DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901175833	19/10/2019 16:19:52	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	35
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Proprietário		
ELVIMAR DE CASTRO ANGELO	13/01/1975	44 A 9 M 6 D	705006248338553	61803421215	00173164		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	113524			M	NAO	PARDA	Nacionalidade
Mãe				INFORMADO			
ISABEL CASTRO ANGELO				NAO DECLARADO			
Endereço				Contato			
RUA - PROFESSOR MACEDO - 507 - BURITIS - BOA VISTA - RR				(95) 99156-4080			
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	
COLISAO ENTRE VEICUL	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		DAL				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Colisão motociclistica							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:10 h)							
Paciente chegou trazendo pela nome, verbalizando, suprimido, lucido e orientado.							
Exame Físico	Dor em ombro ⑤, pé e perna ⑤ e coxa ⑤. Abdomen rígido e palpável. Bulhas normofonéticas. MV portenos bilateral. Kios aórticos normais.						
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
Re de ombro ⑤, coxa ⑤, pé e perna ⑤							
Condução	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☒ Alta a Revelia ☐ Transferência para:						
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☒ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico						

Impresso por: dal
Data Hora: 19/10/2019 16:20:46

© 2018
SUS - Sistema Único de Saúde
Av. 4-200 - 11-000



1901175833

#Ortopedia

Dr. Jonathan

paciente vítima de acidente com mecanismo
com lesões ortopédicas em perna e
pele D.

AO exame flexibilidade do
tornozelo preservado.

Rx com fratura incompleta de
metacarpo medial D.

D: Teto-Lock + RIVEST
analgesia e repouso

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1904

10 FEV. 2020

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1538485832

PROIBIDO PLASTIFICAR
1538485832

Nome: **ELVIMAR DE CASTRO ANGELO**

Doc. Identidade / Org. Emissora: **113524 SSP RR**

CPF: **618.034.212-15** Data Nascimento: **13/01/1975**

Flacão: **ISABEL DE CASTRO ANGELO**

Permissão: **AB**

Nº Registro: **01963754857** Validade: **21/08/2022** Inscrição: **23/08/2001**

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Elvimar de Castro Angelo*

Local: **BOA VISTA, RR** Data de Emissão: **28/08/2017**

ANTONIO FRANCISCO RESENDA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETTRAN-RR

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*

RORAIMA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

10 FEV. 2020

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

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CARGO ELECCIONAL
 114807 SSP RR

CPF
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FILIAÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC

CATEGORIA
 AB

Nº REGISTRO
 01101912304

VALIDADE
 28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
 BOCA VISTA - ROPAIMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015

92485240616
 RR207968020

PROVIDO PLASTIFICAR

980151096

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

10 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013746457059

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

UA 01	00984234525	44454807666
NOME/ENDEREÇO ELVIMAR DE CASTRO ANGELO RUA WALDEMAR C AGUIAR CASA UNIAO Nro 1368 BOA VISTA-RR 49313778		
CPF/CNPJ 618.034.212-13	PLACA NUH4019	
NOME ANTERIOR DANILAO OLIVEIRA CUNHA		

PLACA ANT./UF	CHASSI 962KC1680CR312362
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI	ANO FAB/ANO MOD 2012/2012
CAP/ROT/CIL 2P/0142CCV	CATEGORIA PARTICU
	COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOUTRINA E PEDIR SAIR DA A MAZ GOIO X CONVIDO S <i>Antonio Francisco Bezerra Marques</i> Diretor Presidente BOA VISTA-RR DETRAN-RR	
DATA 23/01/2018	

10 FEV. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	ELVIMAR DE CASTRO ANGELO
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Guarda
IDENTIDADE:	113524 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: José Carlos dos Prazeres

OUTORGADO

NOME:	Leir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Aterrador
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônio P. Bolcova 1832

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: 19/10/2019, cobertura Invalidez, vítima: Elvimar de Castro Angelo.

Boa Vista 06-01-2020

LOCAL E DATA

2º OFÍCIO DO

Elvimar de Castro Angelo

ASSINATURA DO OUTORGANTE



DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alade Teive, 4887 - Apto. 100 - Boa Vista/RR
Fone: (91) 3627-2320
Zelicio@boavista.cartorio.br

170128-3413000910-1
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

Em testemunho da verdade, OBA
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 06 de janeiro de 2020.
Consulte a(s) a(s) no site em: cidadao.portalselem.com.br
RECPR168295AKTEL9KU4XGL5C64

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELV: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

170128-3413000910-1
Para Caratela Pública em Boas Fides
Reservante Autorizada

10 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053692/20

Vítima: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

CPF: 618.034.212-15

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ELVIMAR DE CASTRO ANGELO : 618.034.212-15

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: 07/02/2020
Nome: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO
CPF: 618.034.212-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065915

Vítima: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065915

Vítima: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELVIMAR DE CASTRO ANGELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

618.034.212-15

Elizmar de Castro Angelo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Elizmar de Castro Angelo

618.034.212-15

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autônomo

Rua José Carlos Pinares

743

Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Jardim Caranã

Boa Vista

RR

69.313-680

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ILDIRRR@HOTMAIL.COM

(95)98404-5365

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1904 6 CONTA: 10174 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão original da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boacrista - RR 07/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cópia em 0000/0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036282/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/02/2020 12:25 Data/Hora Fim: 06/02/2020 12:46
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: ROP PM 2384
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger -

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/10/2019 15:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: União
Logradouro: Av.: Rui Barauna

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: ELVIMAR DE CASTRO ANGELO (ITEM 2) (ENVOLVIDO , VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/01/1975 Idade: 45 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Guarda Municipal/Civil Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Isabel de Castro Angelo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 618.034.612-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Valdemar Coelho Nº: 1368
Bairro: União
Telefone: (95) 99155-4080 (Celular)

Nome Civil: NATAN SOARES PEREIRA (ITEM 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 39 anos
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 875.903.283-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Belo Horizonte Nº: 92
Bairro: Nova Cidade

Razão Social: GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 06/02/2020 12:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

10 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036282/2019-A01

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 31.546.476/0001-56	Placa JTP-1449
Renavam 00641203357	Número do Motor 106876
Número do Chassi 9BWZZZ377ST144395	Ano/Modelo Fabricação 1995/1995
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/GOL 1000I
Modelo VW/GOL 1000I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Natan Soares Pereira (Item 1)	Depositário, Proprietário, Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 618.034.212-15	Placa NUH-4019
Renavam 00486234525	Número do Motor KC16E8C312362
Número do Chassi 9C2KC1680CR312362	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Elvimar de Castro Angelo (Item 2)	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, segundo o ROP 2384, fomos acionados via CCOP/GCM, no local e horário acima citados para atender uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo os itens 1 e 2. O item 1 conduzia o veículo Gol, placa JTP-1449, na Avenida Rui Baraúna sentido bairro, quando segundo o mesmo, ao fazer a conversão à esquerda na Rua Vicente Eluan, o item 2, que conduzia o veículo Fan, placa NUH-4019 no mesmo sentido, colidiu na lateral do Gol, vindo a cair ao solo e sofrendo escoriações nos membros inferiores e superiores esquerdo. Informo que o item 2 foi atendido e conduzido ao PS pelo SAMU Bravo 03. Informo ainda que ao chegarmos ao local do acidente os veículos já haviam sido retirados e as partes envolvidas entraram em acordo.

O COMUNICANTE/VÍTIMA SENHOR ELVIMAR DE CASTRO ANGELO COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR ALGUNS DADOS PARA FINS DE SEGURO DPVAT, O QUE FOI FEITO ACIMA. MANIFESTOU AINDA O DIREITO DE NÃO REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.

10 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036282/2019-A01

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Policia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Policia
Matricula 42000908
Responsavel pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Elvimar de Castro Angelo

Elvimar de Castro Angelo (Item 2)
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

10 FEV. 2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.034.212-15 4 - Nome completo da vítima: Blumira de Castro Angelo

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

5 - Nome completo: Blumira de Castro Angelo 6 - CPF: 618.034.212-15
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua José Carlos Prazeres 9 - Número: 743 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jardim Cananã 12 - Cidade: São Luís 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-680
15 - E-mail: ILOIRRR@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5363

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Brasil
AGÊNCIA: 1904 6 CONTA: 10174 5

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grande Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) menor(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Luís - RR 07/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Blumira de Castro Angelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10 FEV. 2020



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Cavalião Eva Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Voc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFINZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0031771-3

Nº da Nota Fiscal 4271643

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

DEZEMBRO/2019

05/01/2020

166

155,61

CPF: 00005260795253

ISABEL CASTRO ANGELO
R. JOSE CARLOS PRAZERES 743 - JARDIM CARANA
CEP: 69.313-680 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	378
Anterior:	212
Dias de consumo:	26
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	166
Consumo Faturado:	166

DATAS DA LEITURA	
Atual:	20-12-2019
Anterior:	22-11-2019
Próxima leitura:	20-01-2020
Emissão:	19-12-2019
Apresentação:	20-12-2019

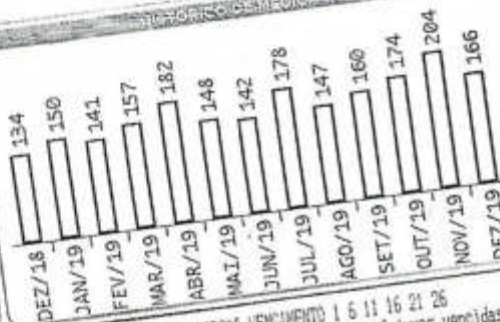
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1.1.1.3
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Uso:	BIFASICA
Número Medidor:	T081900133
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	0 1517484

166 A R\$ 0,760131 = 126,18
29,43

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 166 - 0,617770

Média 12 meses: 159




MENSAGENS
IMPORTANTES
REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 19/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	60,42	Encargos:	2,30
Transmissão:	20,04	Tributos:	23,53
	8,09		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	0,38%
PIS:	1,42%
COPINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMC	DICRI
Trimestral	Anual	Trimestral	Anual
	16,92	33,84	4,99
			0,00
			57,08

10 FEV. 2020