

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené 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 pelo SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

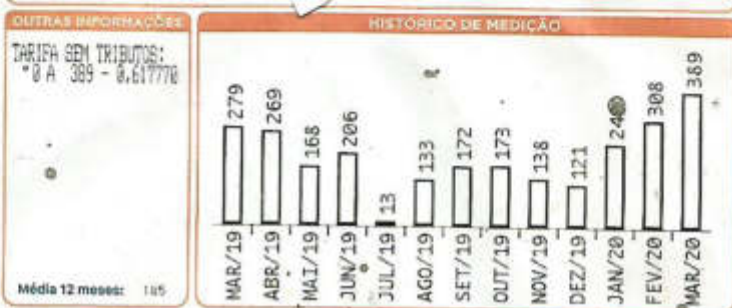
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GAGNADO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 937 Anterior: 548 Dias de consumo: 39 Constante de Multiplicação: 1,800 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25-04-2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TUB1510534 Forma de Faturamento: NORMAL Medicidade: N 1519404

CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL. (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12

17 ABR. 2020



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 26
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98				
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				
Energia: 168,60	Encargos: 9,10	Base de Cálculo:	ICMS: 17,80% 50,55			
Distribuição: 72,43	Tributos: 57,03	297,36	PIS: 0,38% 1,14			
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,73% 5,34			
INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	OIC		FIC		DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00			0,00		
Conjunta	FLORESTA			Período de apuração:	01/2020	EUSD: 74,44

ROT: 5.001.12.04.021730

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

365,12

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055

FCAM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 006
DI. VENC.: 11/04/2020 IRREG: 00000000109 9 02910320008 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE): 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA DO DOCUMENTO: 07/04/1978

PRIMAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATAMARAS

VÁLIDE: 29/01/2020 15/12/1999

17 ABR. 2020

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
NR207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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

Glair Inácio de Souzainscrito (a) no CPF/CNPJ 383.061.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFranci Andrade Tavaresinscrito (a) no CPF sob o Nº 769.414.692 / 34do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima

Franci Andrade Tavaresinscrito (a) no CPF sob o Nº 769.414.692 / 34, 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. GalvãoNúmero: 1832

Complemento:

Bairro: BuritisCidade: Boa VistaEstado: RRCEP: 69.309-209E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COMTel.(DDD): (95)98404-5368Local e Data: Boa Vista - RR, 14/09/2020

Assinatura do Declarante

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

1ª Classificação
VERDE

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

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

01206022

06/01/2020 10:52:51

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

DIURNO 07-19 79

Paciente

FRANCI ANDRADE TAVARES

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Data Nascimento

08/02/1980

Idade

39 A 10 M 27 D

CNS

CPF

6941469234

Prontuário

Nacionalidade

BRASILEIRA

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

MONCAO - MA

Contato

Ocupação

Mãe

MARIA IRAC ANDRADE TAVARES

Endereço

RUA - HC 05 - 782 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

VERDE

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Setor

PRONTO ATENDIMENTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Profissional do Atend.

Procedência

Tempo

36.40

Peso

Pressão

120 x 80

Registrado por:

EDVAN NASCIMENTO

Procedimento Sol.

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal

SUSPEITA DE FRATURA NO 5º METATARSO PROVENIENTE DO COSME E SILVA

Anamnese de Enfermagem

NEGA HAS, DM OU ALERGIA MEDICAMENTOSA

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Queixa de dor na mão e esp. de um
no 1º dígito.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Trauma mão e (5º metacarpo)

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Condução

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório☒ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

OBSERVAÇÃO

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

CRM/RR 1949

Impresso por: erika.madelaine
Data Hora: 06/01/2020 11:34:44

© 2020
Hospital Geral de Roraima
Rua - HC 05 - 782 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

17 SET. 2019



2001206022

16:50

① Mobilização da mão é preservada mas algo prejudicada pela dor. Fruto de acidente moto vs carro, no qual houve impacto no MSE.

Ao Rx da mão é, presença de linha hipetransparente em metacarpo no ⑤.

• Conduta:

② Ao ortopedista / ao cir.

Francisco de Carvalho
Médico
CRM-RR 2057

Ortopedia

Tratando artrose em mão ⑥

Rx unidirecional FX de 5º MTC.

CD. Gesso aluna + Sinto motor +
Alta + Afundado

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

AMADEU ROCHA TRIANI

1ª VIA

769.414.692-34

CERTIDÃO CAS 2650 PLS 244V LIV B-08

SANTA LUZIA DO PARUÁ - MA

DOC. ORIGINAL

MONÇÃO - MA

NATURALIDADE

MARIA IRACI ANDRADE TAVARES

FRANCISCO TAVARES

IFRANCI ANDRADE TAVARES

08/02/1980

DATA DE NASCIMENTO

473544-7

REGISTRO GERAL

28/06/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSISTENTE SOCIAL

IFRANCI ANDRADE TAVARES

Polgar Direto

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

769.414.692-34

Nome

IFRANCI ANDRADE TAVARES

Nascimento

08/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

17 SET. 2019



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

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

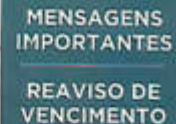
DESCRICAO DA CONTA

17 ABR. 2020

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

MAR/19	279
ABR/19	269
MAY/19	168
JUN/19	206
JUL/19	13
AGO/19	133
SET/19	172
OUT/19	173
NOV/19	138
DEZ/19	121
JAN/20	240
FEV/20	308
MAR/20	369

Média 12 meses: 1.01



LIGUE 08007019128 E FAÇA OPAO VENCIMENTO 1 5 11 16 31 26
Parabéns! Até o dia 24/03/2028, não constam faturas vendidas
nessa Unidade Consumidora.

674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			PIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	FLORESTA			Período de apuração: 01/2020			EUSD:	74,44

TOTAL A PAGAR - R\$



VENCIMENTO

FCAM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 25/03/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 006
D1 VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 0001

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147237 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IFRANCI ANDRADE TAVARES **Data do acidente:** 05/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Izanci Andrade Tavares

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 473544-7

ENDEREÇO: Rua: HC-OS, 782, se habita H. Campos

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buites

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: 05 / 01 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: France Andrade Taboas.

BOA vista 08-01-2020

LOCAL E DATA

Frans. Aphrod. 1000

ASSINATURA DO OUTORGANTE



17 SET. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114666/20

Vítima: IFRANCI ANDRADE TAVARES

CPF: 769.414.692-34

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2020

Titular do CPF: IFRANCI ANDRADE TAVARES

CPF de: Próprio

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

IFRANCI ANDRADE TAVARES : 769.414.692-34

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: 14/04/2020
Nome: IFRANCI ANDRADE TAVARES
CPF: 769.414.692-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

IFRANCI ANDRADE TAVARES

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147237

Vítima: IFRANCI ANDRADE TAVARES

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IFRANCI ANDRADE TAVARES

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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147237

Vítima: IFRANCI ANDRADE TAVARES

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IFRANCI ANDRADE TAVARES

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.

A documentação médica anexada, datada de 06/01/2020, emitida pelo Dr. FERNANDO REZENDE, CRM nº 2007 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 769.414.692-34 4 - Nome completo da vítima: Franci Andrade Tavares

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

5 - Nome completo: Franci Andrade Tavares 6 - CPF: 769.414.692-34
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: HC-05 9 - Número: 782 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Senador Helio Campos 12 - Cidade: Bea Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-464
15 - E-mail: LDIERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368

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)
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 20023 4
(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.

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 de 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 (ou 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bea Vista - RR, 19/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Franci Andrade Tavares

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC nº: 11002/2010

17 SET. 2019



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 000959/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/01/2020 09:20 Data/Hora Fim: 08/01/2020 09:36
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/01/2020 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Senador Hélio Campos
Logradouro: RUA S-17

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IFRANCI ANDRADE TAVARES (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/02/1980	Idade: 39 anos
Naturalidade: MA - Monção	Profissão: Motorista		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: MARIA IRACI ANDRADE	Nome do Pai: FRANCISCO TAVARES		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 769.414.692-34
RG - Carteira de Identidade: 834671972

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA HC 5
Complemento: CASA
Bairro: SEN HELIO CAMPOS

Nº: 782

CEP: 69.316-464

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 157.612.742-72	Placa NAL5665
Renavam 00758402635	Número do Motor JC30E21055880
Número do Chassi 9C2JC30201R055880	Ano/Modelo Fabricação 2001/2001
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 125 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/04/2007	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos

7 SET 2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000959/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
IFRANCI ANDRADE TAVARES	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA N-17, QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO DO TRAJETO UM VEÍCULO (QUE NÃO SABE IDENTIFICAR) QUE SEGUIA A SUA FRENTE FEZ UMA FRENAGEM BRUSCA, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO REFERIDO VEÍCULO E CAIR, QUE COM O ACIDENTE FRATUROU O DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS, QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042009169

Responsável pelo Atendimento


IFRANCI ANDRADE TAVARES

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) 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."



17 SET. 2019

**RORAIMA ENERGIA S.A**

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSSE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4406479
Regime especial de imposto autorizado pela Sec. de Fazenda

CLIDENI PEREIRA FARIAS
R. HC 05, 782

SENADOR HELIO CAMPOS -
CEP 69.316-464 - BOA VISTA - RR
CPF 164.122.732-04 RG 37420 SSP RR 03-07-81
Roteiro: 001.26.38.055400

Segunda Via

Para contato com a empresa,
ligue este número

Código Único

0121479-9

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
13/01/2020	12/12/2019	14/01/2020	14/02/2020	33	14/01/2020	01/2020
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial Normal	Monofasica	L 14 03 208	Normal		
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
Consumo	11EDM01190	8695	8578	1.00000	5	117
						117

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
12/2019	106	TUSD (*)	Consumo 117 kWh a 0,760481	0,617770	88,97
11/2019	98	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		37,63
10/2019	115	Transmissão	Correcao Monetaria Da Il. Publica 12/19-00		0,03
09/2019	100	Encargos	Correção Monetária Igpm 12/19-00		0,04
08/2019	98	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Publica 12/19-00		1,13
07/2019	99	Receita Irrec.	Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 12/19-00		0,07
06/2019	83		Multa Por Atraso 12/19-00		1,61
05/2019	121		Juros De Mora De Importe / Serviços 12/19-00		0,16
04/2019	121				
03/2019	122				
01/2019	147				
12/2018	141				

Média	Pis - 0,27
12 meses	Cofins - 1,29

Indicadores de Continuidade: 11/2019				
Cj:	13 - DISTRITO	EUSD:	R\$ 15,41	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
DIC	8,85	6,97	17,70	35,40
FIC	8,46	3,00	16,92	33,84
DMIC	4,82	3,53	4,82	4,82

=> Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
88,97	17,00	15,12	01/02/2020	R\$ 129,64

Reservado ao Fisco: 0A7D.DF62.5558.513B.7C4E.EF73.2BD0.A04C



RORAIMA ENERGIA S.A

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0121479-9

UC	Mês Faturado	No. FD	TC	Vencimento	Valor a Pagar
01214799	01/2020	00	6	01/02/2020	R\$ 129,64

83690000001 6 29640075000 0 00000000121 4 47990120006 9

17 SET. 2019

