



CNPJ: 05.929.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 23.605.426-9  
RUA MELISSA JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.308-612

ATUANDO  
CAE  
0800 280 9520

Matrícula: 1170856

Abril/2020

**Dados do Cliente:**

MARTA ELIZABETH DOS SANTOS ARAUJO

**Endereço para entrega:**

RUA SANTA, NUM. 20120 - DR. AIRTON ROCHA  
BOA VISTA RR 69018-718

**Inscrição**

001.0: 6.339.0114.000

**Rota**

13

**Seq.Rota**

430

**Quantidade de Economias**

RESIDENCIAL

**Hidrometro**

NÃO MEDIDO

**Data de Instalação**

**Situação Água**

LIGADO

**Situação Esgoto**

POTENCIAL

**ANTERIOR**

**ATUAL**

**CONSUMO (m3)**

10

**NUM DE DIAS**

0

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

**ULTIMOS CONSUMOS**

202003 10-0

202002 10-0

202001 10-0

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

MEDIA 10

**DESCRICAO**

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

10 M3

23,83

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 2005 G.M.					
ANALISE	CLORO	TURBIDEZ	CCR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIBIL	100	100	100	100	100
ANALISADO	104	104	104	104	104
CONFORME	104	104	104	104	104

VENCIMENTO:

15/05/2020

TOTAL A PAGAR

23,83

Via do Cliente

IMPRESSO EM: 03/04/2020 07:46:18



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3386/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 16h 06min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 19/02/2019 às 10h 40min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALAMEDAS DOS BAMBUS

Nº: S-N

CEP: 69309-395

Bairro: PRICUMA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: ENFRENTA A LB CONSTRUÇÕES

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

JAMILTON BARBOS DOS SANTOS(41), nascido(a) em 29/08/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de PEDREIRO, CPF Nº 661.497.382-72, País: BRASIL, natural de SAO GERALDO DO ARAGUAIA-PA, filho(a) de CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS e ALBINO FERREIRA DOS SANTOS, endereço: CANTA, cep: 69318-718, Nº: 120, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO A UMA PRAÇA, Telefone: (95) 99138-3416.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O COMUNICANTE (VITIMA) ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ALAMEDA DOS BAMBUS SENTIDO RODOVIA BR-174, EM SUA MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR, PLACA NAQ-2255, QUANDO EM SUA FRENTE ESTAVA TRAFEGANDO UM CAMINHÃO BAÚ QUE DE FORMA INESPERADA FREOU BRUSCAMENTE PARA EVITAR UMA COLISÃO COM OUTRO VEICULO QUE HAVIA CRUZADO A SUA FRENTE, MELHOR SORTE NÃO TEVE O COMUNICANTE, POIS NÃO TEVE TEMPO HÁBIL PARA FREAR. TÃO POUCO DESVIAR DA TRASEIRA DO CAMINHÃO BAÚ, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR EM SUA TRASEIRA, LEVANDO-O AO CHÃO, FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
JAMILTON BARBOS DOS SANTOS  
COMUNICANTE

---

**Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200192964**

**Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS**

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 19/02/2019, emitido pelo Dr. ROGÉRIO DIAS CRM nº 1205 - RR, da Instituição HOSPITAL 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 661.497.382-72 4 - Nome completo da vítima: Jamilton Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo: Jamilton Barbosa dos Santos 6 - CPF: 661.497.382-72  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Santa 9 - Número: 120 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Dr. Auribon Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-718  
15 - E-mail: FLOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98404-5363

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 6727 2 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual 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 Lider 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 Lider 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

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, Boa Vista - RR 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150018/20

**Vítima:** JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

**CPF:** 661.497.382-72

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 19/02/2019

**Titular do CPF:** JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## 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

### JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS : 661.497.382-72

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](http://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: 27/05/2020  
Nome: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS  
CPF: 661.497.382-72

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jamilton Barbosa dos Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	489677-7 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Santa, N°: 120, Dr. Ailton Rocha

OUTORGADO

NOME:	Stênio Anácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão, 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: 19 / 02 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Jamilton Barbosa dos Santos, Rua Vista - RR, 27/05/2020

LOCAL E DATA

X Jamilton Barbosa dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200192964 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO  
FRATURA DO NAVICULAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR(P.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:** 3200192964 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO  
FRATURA DO NAVICULAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR(P.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

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975644540

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 0119705603 EXERCÍCIO 2019

JAMILTON BARREIRA DOS SANTOS

661.497.388-72

PLACA ANT/UF RR

90E6RG31E0H0022254

PAS/MOTOCICLO/150 FACTOR ED

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

27/01490C/

1 P \*PAB0\* 1º VENC. COTA ÚNICA

2 V \*\* PAB0 COTA ÚNICA \*\* 2º \*\*\*\*\*

3 A \*\* PAB0 COTA ÚNICA \*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$84.53

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB. SINH. AMH7

309 VISTA-RRIO

24/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU ANO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975644540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 661.497.388-72 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/05/2019

RENAVAM 0119705603

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2017

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$35.05

R\$41.01

R\$84.53

27/05/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.240.400/0001-04





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0109029-1

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela 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 GALVAO 1832,6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

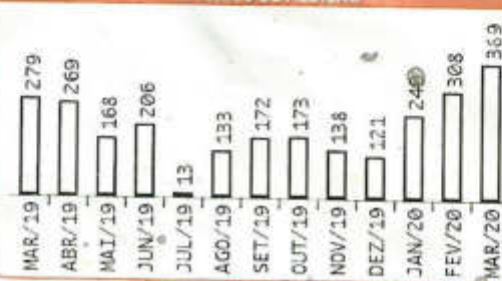
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 937	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 548	Anterior: 21/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 25/04/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 24/03/2020	Número Medidor: T01910534
Consumo medido: 389	Apresentação: 25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 389		Modalidade: N. 1519484

DESCRIÇÃO DA CONTA		
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

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 389 - 0,617770

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 195



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16/11/2020  
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: 150,80	Base de Cálculo: 297,36
Distribuição: 70,43	ICMS: 17,00
Transmissão: 0,00	PIS: 0,30
Encargos: 9,18	CORFIS: 1,79
Tributos: 57,03	TOTAL: 50,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIO		FIC		DMC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunta	FLORESTA						Período de apuração: 01/2020
							USC: 24,44

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  
Ins. 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.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 0  
VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 46

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DIG. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE): 114807 SSP-RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [ ] ACC: [ ] CAT. VEB: AS

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 20/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR: [ ]

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

ASSINATURA DO DETENTOR: [ ]

ASSINATURA DO EMISSOR: [ ]

DETRAN-RR (RORAIMA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polgar Direito



*João Carlos Barbosa dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 489677-7

DATA DE EXPIRAÇÃO 07/02/2017

NOME JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO ALDINO FERREIRA DOS SANTOS

CARMELO BARBOSA DOS SANTOS

NATURALIDADE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA - PA

DATA DE NASCIMENTO 29/08/1978

DIG. ORIGEM CERTID. CAS 5916 FLS 216-F LIV B-20

2 OF BOA VISTA - RR

CPF 661.497.382-72

AMADEU ROCHA TRIANI  
Pró-Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Diretor da RDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1









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

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

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		7	
1901074989	19/02/2019 10:53:29	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS	29/08/1978	40 A 5 M 21 D	898001190339805	66149738272		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	3570167	SSP-RR	30/10/1996	M	SOLTEIRO	APARDA	SAO GERALDO DO ARAGUAIA - PA
Mãe	CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS						(95) 99134-1665
Endereço	RUA - CANTA - 120 - PEROLA - BOA VISTA - RR						Ocupação NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		MICHELE.CAVALCANTE				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO!							
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente vítima de acidente automobilístico sem lesões ou trauma contuso em torn.						
Exame Físico	zero Direito						
Hipótese Diagnóstica	TRAUMA Contuso						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
① DILPIRONA 20 EU HOJA	11:05		A1				
② UCAZIL 40mg EU HOJA	(11:05) N7F		Técnico em Enfermagem CRESS-RR 607 816 TC				
③ RX de PE e TENOZERO							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:						
	<input checked="" type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:						
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: michele.cavalcante Data Hora: 19/02/2019 10:53:59							

- Trauma contuso T7 (1); T8 (1),  
notando a deformidade, principalmente  
em repõe ventral - A "Ao" 11x sem  
pat. ou varicela minimamente  
decurado

\* CO (1) Imobilização, prescrição, retorno  
Hospital Coração aberto,  
(06/03/19)

Dr. Rogério L. P. Dias  
Médico  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM 1205 RR / ORE-114

(2) Ao (6.7.)





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Ilair Inácio de Souza

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

Jamilton Barbosa dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamilton Barbosa dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72 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 Linheiro Galvão

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Número: 1832

Estado: RR

Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: 69.309-209

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 27/05/2020

Assinatura do Declarante





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0109029-1

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 Impostos autorizado pela 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 GALVAO 1832,6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 937	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 548	Anterior: 21/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 25/04/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 24/03/2020	Número Medidor: T01910534
Consumo medido: 389	Apresentação: 25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 389		Modalidade: N. 1519484

DESCRIÇÃO DA CONTA		
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

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 389 - 0,617770

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 115

**MENSAGENS IMPORTANTES**  
**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 E 11 16 24 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: 150,80	Base de Cálculo: 297,36
Distribuição: 70,43	ICMS: 17,00
Transmissão: 0,00	PIS: 0,30
	CORFIS: 1,79
	ENCARGOS: 50,55
	TRIBUTOS: 57,03
	TOTAL: 1,14
	TOTAL: 5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIO			FIC			DMC	DICI
	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			USC:	24,44

ROT: 5.001.12.04.021730

**RORAIMA ENERGIA**  
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	TOTAL A PAGAR - R\$
0109029-1	365,12
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
03/2020	11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055 FCAM\*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 0  
VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 46

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DIG. IDENTIDADE (RG) NACIONAL: 114807 SSP-RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [ ] ACC: [ ] CAT. MOTO: AS

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 20/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

ASSINATURA DO TITULAR: [ ] ASSINATURA DO DETENTOR: [ ]

DETRAN-RR (RORAIMA)