



CNPJ: 05.939.467/0001-15  
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610  
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE AGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRO 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> 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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JONSON SAMPAIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JONSON SAMPAIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista 28 de Setembro de 2020  
Local e Data

Raimundo Nonato Silva  
Assinatura do Declarante



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

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

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

2001257161

19/07/2020 20:21:48

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 11

Paciente

JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

IDENTIDADE

Mãe

NOEMIA SAMPAIO

Endereço

RUA - PIRAIBA - 305 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Sexo

M

Pai

NI

Estado Civil

SOLTEIRO/APARDA

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

OUTROS

Sector

GRANDE TRAUMA

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Procedimento Sol.

Registrado por:

JOSIEL ROSAS

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC

AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

paciente vítima de queda de rede sobre.

Exame Físico

trauma de ombro ID queda de rede sobre.

Hipótese Diagnóstica

01 SET 2020  
TOMOGRAFIA ORIGINAL

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Arnaldo J. H. Pérez  
CRM 155488 / RQE 176  
Cirurgia Geral

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☒ Alta a Revelia

Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

óbito

Antes do 1º Atendimento?

☐ Sim

☐ Não

Destino:

☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Josiel Rosas  
Data Hora: 19/07/2020 20:22:47



2001257161



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA - PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME JONSON SAMPAIO DOS SANTOS RECETUÁRIO

LAVAR MÃO

POSSUI COM DIAGNÓSTICO A FRACTURA  
A BACULA ALGIDA ENCONTRA-SE EM  
TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO ORTO-  
PÉDICO. PRECISO O MESMO SER REALIZADO  
EM SEUS SERVIÇOS LABORATORIAIS. SUBIR  
60 (sessenta) dias A CARGO DO MESMO  
MÉDICO DO INSS.

DATA 12,08,2020.

Dr. Elzer Soares  
Ortopedista Traumatologista

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 84.013.408/0001-08  
Telefone: 2121 7474

D



ONSON SAMPAIO DOS SANTOS 5155

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

Fabiola Castro

82.5%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RORAIMA

**Posição Direita**



**Raimundo Nonato Silva**

ASSISTENTE DE TRILHAS  
AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RORAIMA

**Posição Esquerda**

**357035-8**

**RAIMUNDO NONATO SILVA**

ASSISTENTE DE TRILHAS  
AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

**28/01/2016**

**15/09/1968**

**475.628.443-91**

**3 VIA**

**AMARU MOCHA TRIANG**

**P 7**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Polegar Direito



*Jonson Sampaio dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 74189

DATA DE EXPEDIÇÃO 17/08/2020

NOME JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO JAIME DOS SANTOS  
NOEMIA SAMPAIO  
NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOCS ORDEM

CERTID NASC 2459 FLS 30-V LIV A 03

1º OF BOA VISTA-RR

CPF 382.261.462-91

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO 27/04/1970

PIS/PASEP: AMADEU ROCHA TRIANI  
Presidente do Conselho de Administração do PIS

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200355302 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/07/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO. P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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:**

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

**Vítima:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

**CPF:** 382.261.462-91

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 19/07/2020

**Titular do CPF:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: JONSON Sampaio dos Santos  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: Receita  
RG: 34189 SSP/RR CPF: 382.261.462-91 ENDEREÇO: RUA/AV. N° 305  
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA /RR  
CEP: 69.314.092

VITIMA: JONSON Sampaio dos Santos  
CPF: 382.261.462-91 DATA DO ACIDENTE: 19/03/2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Receita  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.483-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 17 de Agosto de 2020

Jonson Sampaio dos Santos  
Assinatura

### Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

**Vítima:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

**CPF:** 382.261.462-91

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 19/07/2020

**Titular do CPF:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

---

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200355302**

**Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JONSON SAMPAIO 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 19/07/2020, emitido pelo Dr. ARNALDO PERES CRM nº 1554 - RR, da Instituição HGR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00020512/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora de Início do Registro: 20/07/2020 09:32:57 Data/Hora Fim: 20/07/2020 09:32:57  
Origem: Fim da Física - Particular Data: 20/07/2020  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Origem: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 19/07/2020 10:00 (Hora Aproximada)  
**Local do Fato**  
Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Santa Tereza  
Logradouro: RUA PIRAIBA  
Complemento: VIA PÚBLICA  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20.005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 27/04/1970	Idade: 50
Profissão: Motor	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Boa Vista		
Nome da Mãe: Noemia Sampaio	Nome do Pai: Jaime dos Santos		

**Documentos**

RG: 74118

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA PIRAIBA Nº: 305  
Bairro: Santa Tereza  
Telefone: (95) 99128-7383 (Celular)

Nome Civil: GLEICY DE TAL (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 30
Estado Civil: Sem Informação		

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA Nº: 351  
Complemento: ANTIGA C - 29  
Bairro: D. Silvio Leite  
Telefone: (95) 99131-3364 (Celular)

Vitículo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Outro	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)
Sem Vitículo	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)



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

Fis: 2

Visto:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020512/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros Meios de Transporte

Descrição BICICLETA ARO 26 GENOVA V 8 AZUL, TIFFANY  
9B27153

Modelo ARO 26 TIFFANY

Fabricação Nacional

Quantidade 1,00 Unidade

Subgrupo Bicicleta

Marca GENOVA

Número de Identificação 9B27153

Cor AZULA

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Jonson Sampaio dos Santos

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia o comunicante acima qualificado informa que no dia e horário acima citado trafegava pela via acima informada conduzindo sua bicicleta e em dado momento ao mudar de faixa para desviar de um buraco na via sendo colidido por uma motocicleta modelo HONDA FAN 160 conduzido pela autora que seguia logo atrás do comunicante no mesmo sentido causando a colisão entre os veículos vindo ambos caírem; Que os dois condutores sofreram lesão corporal sendo que o comunicante foi encaminhado ao PSE pelo SAMU; Que após o acidente a autora apropriou-se da bicicleta do comunicante com a finalidade de ter o danos em sua motocicleta pago, que o comunicante procurou a autora e esta disse que não vai devolver até receber o valor referente aos prejuízos; É o que tem a comunicar. Pede providências.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho

Agente de Polícia

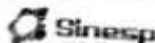
Matrícula 042000410

Responsável pelo Atendimento

Jonson Sampaio dos Santos

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente por a mesma declaração que se originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho

Data de Impressão: 20/07/2020 10:04:08

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
54ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MATURÉIA-PB

CERTIDÃO

139276

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2014 constatei a Ocorrência Policial nº 079/2014 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos 20 dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatorze nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. RÔNIS FERNANDES FEITOSA, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão *ad hoc*, ai compareceu a esta delegacia: DIMAS MOTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em 08/09/1969, natural de Mãe D'Água/PB, filho de José Batista de Araújo e de Matilde Mota de Araújo, residente no Sítio Bom Conselho - zona rural - Maturéia/PB, o (a) qual prestou a seguinte ocorrência: QUE, o noticiante disse que na data de 08 de junho do ano em curso, por volta das 07:30 horas conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan, ano de fabricação e modelo 2006, cor preta, placa MNM 3295/PB, chassi 9C2JC30706R872989, licenciada em nome de Sebastiana de Oliveira N. Gouveia, por uma estrada de terra na zona rural de Maturéia/PB, quando seu sobrinho Renilson Mota Costa, trafegava no sentido contrário em outra motocicleta, e em uma curva acabou colidindo com o noticiante, tendo este saído da estrada e caído na ribanceira. QUE sofreu ferimentos na cabeça e foi socorrido pelo Samu para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde ficou internado no período de 08 à 21 de junho de 2014 e passou por cirurgia. E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente. Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).-----

Maturéia-PB, 20 de agosto de 2014.

NOTICIANTE:

DIMAS MOTA DE ARAÚJO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 DEZ 2014
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj 147 - Fortaleza/CE

Janduína Guedes de F. Rodrigues  
Escrivã Ad-hoc  
Mat. 139.419-3

31/01/2008

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 6010468

**ARACI VALADARES DA SILVA**

R. RAIMUNDO ALVES SOUZA, 586,

JARDIM TROPICAL

69314670 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1150391	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-AUG-20 a 16-SEP-20
CONSUMO (kWh) 199	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 304,56

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

CÓDIGO ÚNICO 1150391	MÊS 09/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 304,56
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000033.045600750009.000000001156.039109200053



COMP. ATO  
DECLARATÓRIO



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Limpos uais de AROS

Limpa uia

Reizante com tce devida  
Avaliação (MUN/MUN) de

entrega com uma  
grupos 15 - 10 (entrega)

entrega para transição  
de sistema e tce -

masa tempo de  
serviço + transporte +

transporte.

Examinando para  
avaliação (avaliação)

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

