

SINISTRO 3170650495 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILSON SARMENTO GARRETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GILSON SARMENTO GARRETO

CPF/CNPJ: 75068885215

Posição em 09-05-2018 23:12:16

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
29/12/2017	Aviso de Sinistro	

OK

99157-1118
99120-8132

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



BOLETIM DE Ocorrência Nº 610/2017/DAT - Boa Vista - RR, em 27/11/2017.

COMUNICANTE: GILSON SARMENTO GARRETO

RG: 333136-9

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 750.688.852-15

END.: R.: ALMIR FOFOCAS Nº.: 382 BAIRRO: SEM. HÉLIO CAMPOS CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: EMPILHADOR DE MADEIRA

NATURALIDADE: URBANO SANTOS

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1969 IDADE: 48 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND. INCOMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 99116-4743

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: MARIA SARMENTO GARRETO

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 06:30 horas, do dia 06/10/2017, na Rua Sol Nascente, próximo à Avenida Estrela Dalva, no Bairro Raiar do Sol, no Município de Boa Vista – RR.

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia, para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo **A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, HONDA/BIZ 125 ES, DE PLACA NAN-2159, COR VERMELHA, 2013/2014, RENAVAL 00598856463, CHASSI 9C2JC4820ER525667**, onde veio a colidir em um gato. Que caiu e sofreu lesões corporais (ESCORIAÇÕES E FRATURA EM DEDO DA MÃO DIREITA). Que no local não teve atendimento policial. Que foi resgatado por Equipe do SAMU. **Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS..

Gilson Sarmiento Garreto
GILSON SARMENTO GARRETO
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

JEFFERSON INACIO ARAÚJO
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908
Responsável pelo Atendimento

27 NOV. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilson Sarmiento Garrito, portador da carteira de identidade nº 333136-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 750.688.852-15, residente e domiciliado na R: Almir Jofreias, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gilson Sarmiento Garrito

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista, 04/12/17

Local e data

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

GILSON SARMENTO GARRETO, brasileiro, união estável, empilhador, portador da Cédula de Identidade nº 333136-9 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 750.688.852-15, residente e domiciliado na Rua Aristóteles Lima Carneiro, nº 164, Bairro: São Bento, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

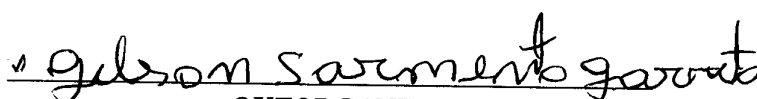
OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 08 de Maio de 2018.


OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

GILSON SARMENTO GARRETO, brasileiro, união estável, empilhador, portador da Cédula de Identidade nº 333136-9 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 750.688.852-15, residente e domiciliado na Rua Aristóteles Lima Carneiro, nº 164, Bairro: São Bento, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 08 de Maio de 2018.

Gilson Sarmento
DECLARANTE



174 - MADEIREIRA IPE IND. COM. IMP. EXP. LTDA				RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
AV DAS INDUSTRIAS, 907 69315-262 BOA VISTA / RR				Referente ao mês de Janeiro/2019	
CNPJ: 10.327.875/0001-56					
Código	Nome do funcionário	C.C:	01		
59	GILSON SARMENTO GARRETO	CBO :	7731-25 36 AUXILIAR DE MULTIPLA		
Admissão 01/03/2012 CPF 750.688.852-15 PIS 125.97605.66.5 CTPS 00037816 00016-0					
CÓDIGO	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS	
5	Salário Mensalista	29,00	1.063,33		
3105	Férias Folha	2,00	73,33		
3151	1/3 Férias Folha		26,30		
3251	Férias Média H.E. Folha	2,00	4,55		
3252	Férias Média D.S.R. H.E. Folha	2,00	1,02		
9002	Arredondamento Provento Folha		0,26		
9501	Salário Família	1,00	32,80		
901	Desconto Adiantamento salarial			205,33	
3949	Desconto férias			96,78	
9101	I.N.S.S.	8,00		85,06	
9103	I.N.S.S. Férias Folha	8,00		8,42	
Totais			1.201,59	395,59	
			SALÁRIO LÍQUIDO	R\$ 806,00	
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF	
1.100,00	1.168,53	1.168,53	93,48	788,68	



1043
anexos

ADMINISTRAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

ADMINISTRAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

ADMINISTRAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

FICHA DE ATENDIMENTO							
Unidade: Bravo II		Equipe: Daiane Carvalho					
Paciente: Gibson Sarmiento Carreto		Idade: 47		Sexo: M			
Endereço: Brilho do Sol I Bela Vista							
Nº 16101		DATA 06/10/17		HORA: 4:32h			
Médico (a) Regulador(a) Drg(a) CRM: Dr. Aladi							
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO							
MECANISMO DE TRAUMA							
AUTOMÓVEL		MOTO: scato		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Condutor ☐ Carona		☐ FAB ☐ PAF		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☒ Trajeto	
☐ Vítila ☐ projetada ☐ encarcerada		☐ Capacete ☒ SIM ☐ NÃO		☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão		☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:	
☐ Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO		☐ BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão		☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:			
☐ Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro							
☐ Passageiro: ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão							
AVALIAÇÃO INICIAL							
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica	
☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☒ Outro: (e)		☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa		☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente		☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV A	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O2 %	T. Aux °C	Glicemia	APGAR
Início		79		99			13
Fim							
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele		Cabeça		Face		Pescoco	
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisma Sub-Cutâneo	
Tórax		Abdome		Membros			
☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações		☐ Fratura ☐ Amputação 5º falange da mão (D)	
Pelve		Coluna Dorsal					
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor					
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA REGRESSA			
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Filuter		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outras Trauma		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Alergias ☐ Outros ☐ Medicação de uso	
GRAVIDADE COMPROVADA		☒ FLESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO			
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:				MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS CONFERE COM O ORIGINAL EM: 20/10/17 Stephanie			
☐ Iniciada as: ☐ Término as:				DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA			
☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:							

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
ERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS A	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

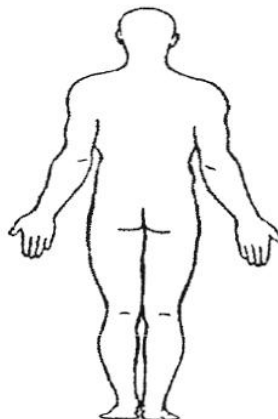
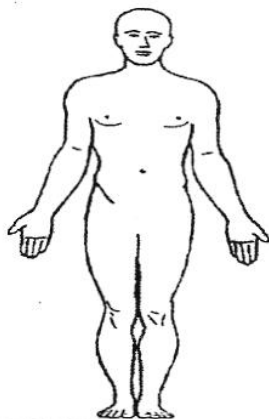
Vítima de colisão moto x gato, LOTE, BEG, deambulando, C1530U preservado, apresenta escoriações MHS e ID, suspeita de fratura na 5ª falange da mão, do MR, do GT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
Melhor Resposta Verbal	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2		
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1		
	Orientado	Balbucia	5	0	0		
Melhor Resposta Motora	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3		
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0		
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5		
Melhor Resposta Motora	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4		
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3		
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2		
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1		

ESCALA DE GLASGOW: 15

ESCORE DO TRAUMA: 13

Do nome 509.347 Coren.



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/10/17
Stephanie

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO 2 pares de luvas P, or
--	--	---

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

01/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

06/10/2017

...: Guia de Atendimento 02 ...:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700847193	06/10/2017 07:52:17	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Pron
GILSON SARMENTO GARRETO	22/11/1969		47 A 10 M 14 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3331369			M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe			Pai	Naturalidade		
MARIA SARMENTO GARRETO			NC	URBANO SANTOS - MA		
Endereço				Contato		
RUA - ARISTOTELES CARNEIRO - 382 - CAMBARA - BOA VISTA - RR				(95) 99116-4743		
				Ocupação		
				SERRADOR		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prent	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pre:
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Der					

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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: wesllen.rocha
Data Hora: 06/10/2017 07:54:02© 2017
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE
SIS - Sistema de Informação da Saúde
Versão 4.2.00 - 01/06/2017

1700847193

Ortopedia 06-10-17

laite relate acidente de trânsito com dor e
5º QRP.

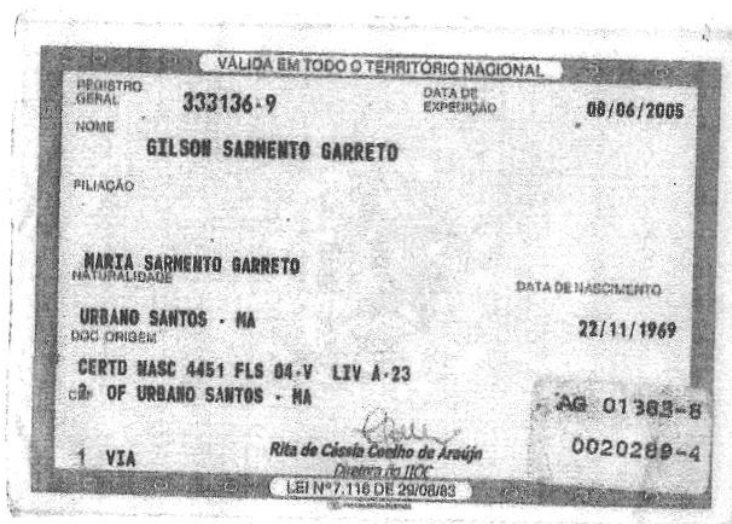
do Exmo. Sr. Juiz em Juízo

Deix: Fratura de fêmur proximal do 5º QRP, em dor.

CD: Trauma

Alta da ortopedia, com orientações
educativas sobre

Dr. Pedro Di Gioganni
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
14/08/2015



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

01/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0131227-8

000021398

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
Nº da Nota Fiscal
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

OUTUBRO/2017 **01/11/2017** **333** **143,62**

ANTONIA SOUSA DA SILVA DE ANDRADE
R. ARISTOTELES LIMA CARNEIRO 164 Q 754 LT 441
CPF: 0000053879821
CEP: 69.318-766 - BOA VISTA
ROT: 15.001.23.16.062200

7910	07/10/2017
DAQUISDA LEITURA	7577
Atual:	1,000
Anterior:	333
Constante de Multiplicação:	333 FCAH
Consumo Medido:	NORMAL
Consumo Faturado:	
Atual:	06/09/2017
Anterior:	07/11/2017
Próxima Leitura:	07/10/2017
Emissão:	31
Acreditamento:	

RESID. BX. RENDA BI **04EDB05248** **1425537** **1.4.1.2** **298**

Class/Subclassa	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
CONSUMO					
SET/17	285	30 A R\$	0,152409 =		4,57
AGO/17	279	70 A R\$	0,261270 =		18,28
JUL/17	269	120 A R\$	0,391912 =		47,02
JUN/17	280	113 A R\$	0,435459 =		49,20
MAI/17	315				
ABR/17	266				
MAR/17	297				
FEV/17	292				
JAN/17	287				
DEZ/16	337				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30	- 0,118950				
31 A 100	- 0,202370				
101 A 220	- 0,303560				
221 A 333	- 0,337250				
CONVENÇÃO BAIXA RENDA - 25,93					
DIFERENÇA DE TARIFA 09/16-00 9,98					
CONVENÇÃO MONETARIA IG 09/16-00 0,18					
MULTA POR ATRASO DE I 08/17-00 0,35					
JUNTOS DE MORA POR ATR 08/17-00 0,01					
MULTA POR ATRASO 08/17-00 2,36					
JUNTOS DE MORA DE IMPO 08/17-00 0,19					
IMININACAO PUBLICA 11,48					

Mes/Ano Valor R\$ 09/2017 141,51

Valor do consumo efetivo e diferença do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/10/2017. O não pagamento por 30 dias ensejará também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LEV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120! FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

253B.1F37.F3A1.C5EB.AA34.7B61.5F1E.C53B

RESERVADO AO FISCO	39,14	119,07	
CONSUMO	52,68	17,00%	
Distribuição:	0,60	Base de Cálculo:	20,24
Energia:	1,61	Alíquota ICMS:	1,17
Transmissão:	26,44	Valor do ICMS:	5,43
Encargos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,43	16,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11
3,77			6,00			1,77

DISTRITO 08/2017 31,40

ROT: 15.001.23.16.062200

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0131227-8

000021398

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
Nº da Nota Fiscal
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

10/2017 **01/11/2017**

836500000001 0 43620075000 4 000000000131 3 22781017008 3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº **011654642112**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **01** COD. RENAVAM: **00598856463** R.N.T.R.C.: **2016**

NOME: **GILSON SARMENTO GARRETO**

CPF / CNPJ: **750.688.852-15** PLACA: **NAN2159**

FLACA ANT. / UF: **NAN2159 RR** CHASSI: **9C2JC4820ER525667**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTONETA/NAO APLIC.** COMBUSTÍVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/BIZ 125 ES** ANO FAB.: **2013** ANO MOD.: **2014**

CAP. / POT. / cil.: **2F/0124CC/** CATEGORIA: **PARTICU** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: **1º ******* VENC. COTA ÚNICA: **2º ******* VENC. / COTAS: **3º *******

FAIXA L.P.V.A.: **A** PAGO COTA ÚNICA ****

PREMIO TARIFARIO (R\$): **R\$1.11** IDF (R\$): **R\$292.01** PREMIO TOTAL (R\$): **20/03/2017**

OBSERVAÇÕES: **AL.FID. BANCO PANAMERICANO SA * PROIB SA**
IR DA ANAZ OCID
Director-Presidente

LOCAL: **BOA VISTA-RR** DATA: **28/03/2017**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA GARCIA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011654642112 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2016** DATA EMISSÃO: **28/03/2017**

VIA: **01** COD. RENAVAM: **00598856463** PLACA: **NAN2159**

MARCA / MODELO: **HONDA/BIZ 125 ES** ANO FAB.: **2013** CHASSI: **9C2JC4820ER525667**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): **R\$129.04** DETRAN (R\$): **R\$14.34** CUSTO DO SEGURO (R\$): **R\$143.38**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **R\$4.15** IDF (R\$): **R\$1.11** VALOR DO SEGURO (R\$): **R\$292.01**

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **20/03/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.508/0001-04
www.Seguradoralider.com.br

