



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Israel Estevão Torres PROFISSÃO: Autônomo
ESTADO CIVIL: Solteiro, FONE: 98125-9538,
E-MAIL: israel.torres165@gmail.com RG: 4146492
SSP- RR e CPF: 042.485.822-36, RESIDENTE À
RUA: Travessa Guanabara N° 178,
BAIRRO: Joquei Clube pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 11 de 02 de 2019.

Israel Estevão Torres

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

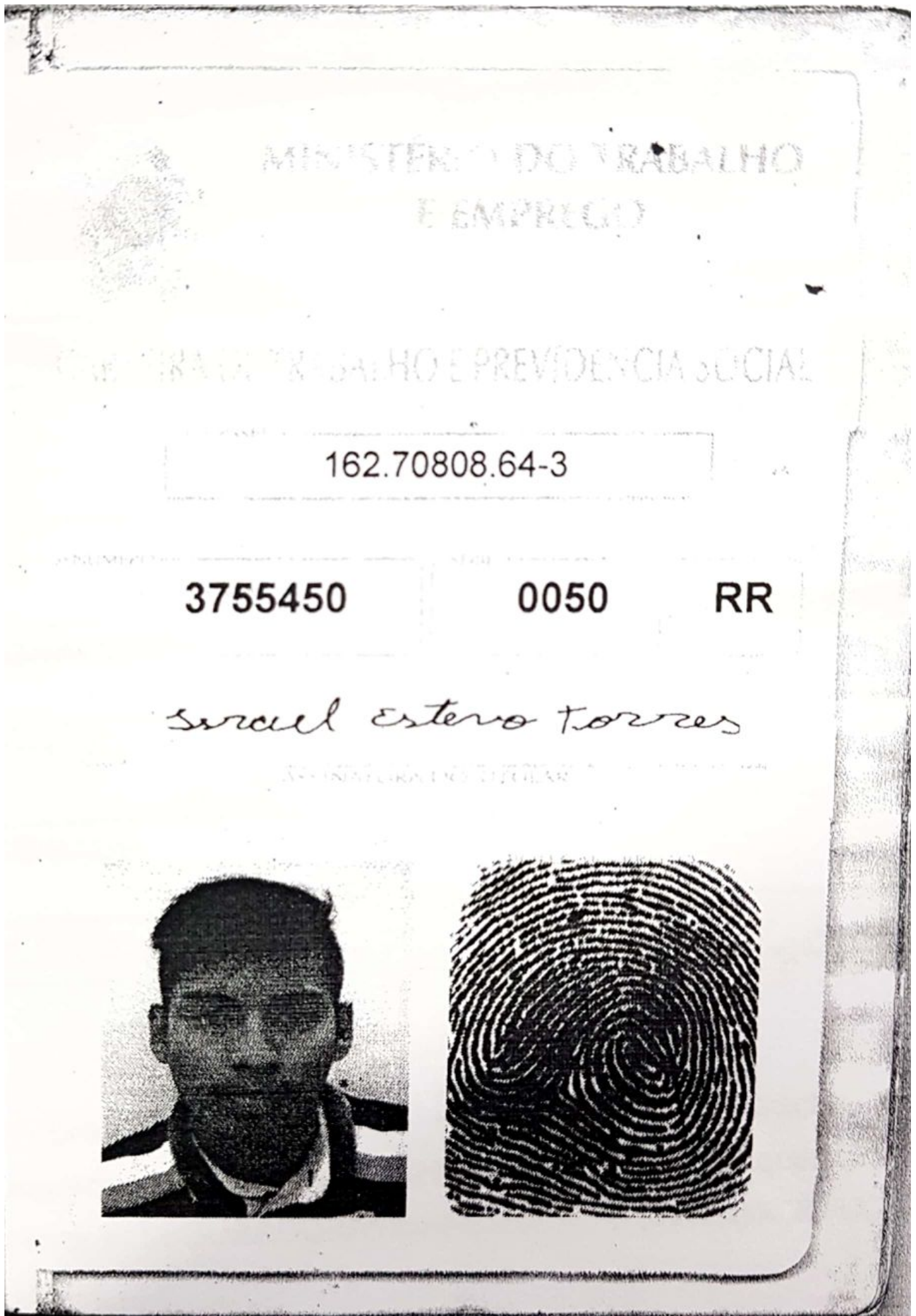
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Israel Estevão Torres
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Autônomo
RG N° 4146492 SSP/ RR CPF: 042.485.822-36
ENDEREÇO: Travessa Guamarara, nº 178, Jaquei
Clube

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 11 de 02 de 2019.

Israel Estevão Torres





14116.3755450.50-50 **ISRAEL ESTEVO TORRES**

FILIAÇÃO.....: MARCÉLINA SILVA ESTEVO
OMAR AQUILES MONTOYA TORRES
NASCIMENTO.....: 16/05/1998
ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....: R.G. - 4146492 - 17/05/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 042.485.822-36

CNH.....:

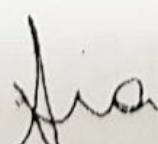
TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO...: 09/08/2016


ADELAÍDE PEREIRA MOTA BEZERRA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Israel Estevão Torres
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	4146492
ENDEREÇO:	Tr. Granabara, N° 174, Joquei Clube

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.803
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Góes, 1832, Bunit

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.

Bons Vista 03 Julho 2018

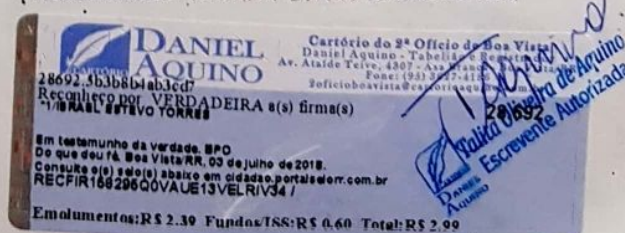
LOCAL E DATA



Israel Estevão Torres

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



08 JAN. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO: **0054635-6**

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.321.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: **000955558**

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

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	06/07/2018	272	332,81

FLINA SILVA ESTEVO
14 GUANABARA 178 JOQUEI CLUBE
CEP: 00069087989253
CID: 69.313-155 - BOA VISTA
ROT: 31.001.27.11.101400

DADOS DA LEITURA		Consumo Medido	Consumo Faturado
Atual	17114	272	272
Anterior	16842		
Constante de Multiplicação:	1,000		
Consumo Medido:	272	FCAM	
Consumo Faturado:	272		

DATAS DA LEITURA	
Atual	20/06/2018
Anterior	21/05/2018
Próxima Leitura	20/07/2018
Emissão	19/06/2018
Apresentação	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe Subclasse	Ligação	Poste	Código Fat.	Mês 12 meses	
REND.BX.RENDA	MONO	12EDM00804M	1508731	1.4.1.1	290

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Mês anterior consumo		
MAI/18	30 A R\$ 0,194753 =	5,84
ABR/18	70 A R\$ 0,333864 =	23,37
FEV/18	120 A R\$ 0,500802 =	60,09
JAN/18	52 A R\$ 0,556444 =	28,93
FEV/18	SUBVENCAO BAIY - REND.BX	35,29
JAN/18	2A. VIA PEDIDO CONSUMIDOR 18-00	2,81
DEZ/17	RELIGACAO DE URGENCIA	37,70
NOV/17	RELIGACAO A REVELIA	108,82
OUT/17	CORRECAO MONETARIA DA	0,39
SET/17	CORRECAO MONETARIA DA	2,19
AUG/17	MULTA POR ATRASO DE 11/17-00	1,47
	JUROS DE MORA POR ATR 11/17-00	5,14
	MULTA POR ATRASO 11/17-00	15,62
	JUROS DE MORA DE INPO 11/17-00	31,42
	ILUMINACAO PUBLICA	

CA - O HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 19/06/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

EEB5.C257.A754.0032.04C8.DEC5.32E5.8B3C

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		IMPOSTOS/TRIBUTOS (R\$)	
Distribuição	57,42	Base de Cálculo	17,00%
Energia	0,00	Alíquota ICMS	20,09
Transmissão	2,39	Valor do ICMS	0,43
Encargos	22,53	Valor do PIS	2,01
Tributos		Valor do COFINS	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00				0,00
							04/2018
							0,00

ROT: 31.001.27.11.101400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.321.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

0054635-6

MÊS: 06/2018

TOTAL A PAGAR: 332,81

VENCIMENTO: 06/07/2018

000955558 FCAM

83670000003 4 32810075000 4 00000000054 7 63560618008 4

00310 UC: 0054635-6 DT.LEIT.: 20/06/2018 T.ENTR.: 07
11 TUR: 17114 NORMAL TOTAL: 332,81 CARGA: 017
DT.VENC.: 06/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1311



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000498/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/01/2019 12:16

Data/Hora Fim: 07/01/2019 12:26

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 30/06/2018 11:00

Local do Fato

Município: Normandia (RR)

Bairro: .

Logradouro: Estrada de Normandia

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ISRAEL ESTEVO TORRES (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 16/05/1998
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Marcelina Silva Estevo	Nome do Pai: Omar Aquiles Montoya Torres		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4146492

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 042.485.822-36

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Travessa Guanabara

Nº: 178

Bairro: Joquei Clube

Telefone: (95) 98118-6733 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 201.134.802-10	Placa NAS4618
Renavam 00559064152	Número do Motor KD05E4D148327
Número do Chassi 9C2KD0540DR148327	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/08/2013	Restrições REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 07/01/2019 12:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

08 JAN. 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

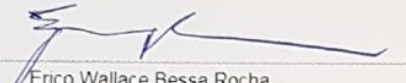
Nº: 000498/2019

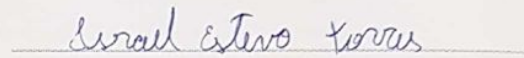
Nome Envolvido	Envolvimentos
Israel Estevo Torres	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela estrada de Normandia, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando perdeu o controle, derrapou e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido por populares. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Israel Estevo Torres
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 07/01/2019 12:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

08 JAN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012199175963

VIA 01 CÔD. RENAVAM 00559064152 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

RR

CPF / CNPJ 201.134.802-10 PLACA NAS4618

PLACA ANT / UF NAS4618 RR CHASSI 9C2KD0540DR14B327

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLETA/NAO ABILIT. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC / COTAS 1ª *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 21/06/2017

AL.FID. BAS. ONDA PROIB SAIR DA AMAZ OCT

Antonio Francisco Bezerra
Diretor Presidente
DETRAN-RR
Interino

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 18/07/2017

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

RR Nº 012199175963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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 2017 DATA EMISSÃO 18/07/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 201.134.802-10 PLACA NAS4618

RENAVAM 00559064152 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. Nº CHASSI 9C2KD0540DR14B327

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAN (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.17 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

Cliente

Nome (sem abreviação)

ISRAEL ESTEVO TORRES

Nº da Agência/Conta/DAC
6953/22536-1

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

☒ Sim ☐ Não

Entrega de Cheques em Domicílio

☒ Sim ☐ Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

☒ Sim ☐ Não

LIS - Limite Itaú para Saque

☒ Sim ☐ Não

Seguro LIS Itaú

☒ Sim ☐ Não

Cartão de Crédito Itaucard: MULTIPLO

☒ Sim ☐ Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

☒ Sim ☐ Não

Cartão de Débito Itaú

☒ Sim ☐ Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

☐ Sim ☒ Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

☒ Sim ☐ Não

Fatura Digital

☐ Sim ☒ Não

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado III

com mensalidade de R\$ 26,95. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itaubr.com/cartoes. O contrato será enviado para você via SMS e também estará disponível para consulta e download a qualquer momento no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador.

Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaubr.com.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaubr.com ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis descontroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF - Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

30/06/2018

... 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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NHE-MQR

1800974576 30/06/2018 11:56:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 9

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
ISRAEL ESTEVO TORRES 16/05/1998 20 A 1 M 14 D 898003247314247

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
M PARDAS BRASILEIRA

Mãe Pai Contato
MARCELINA SILVA ESTEVO OMAR MONTOYA TORRES (95) 99116-3839

Endereço Ocupação
RUA - TRAV GUANABARA - 178 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° 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

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA LEILSON.SOUSA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Fracasso anterior com pi (D).

Exame Físico Sem indicação de RX / AX ou RX. Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
☐ RAIJO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Condição
☐ 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: leilson.sousa
Data Hora: 30/06/2018 11:58:02

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel. (95) 3308-3300
FAX (95) 3308-3300
18 SET 2018
Certificado Original
Este talão representa a ficha original

08/03/2019

1800974576

08 JAN. 2019

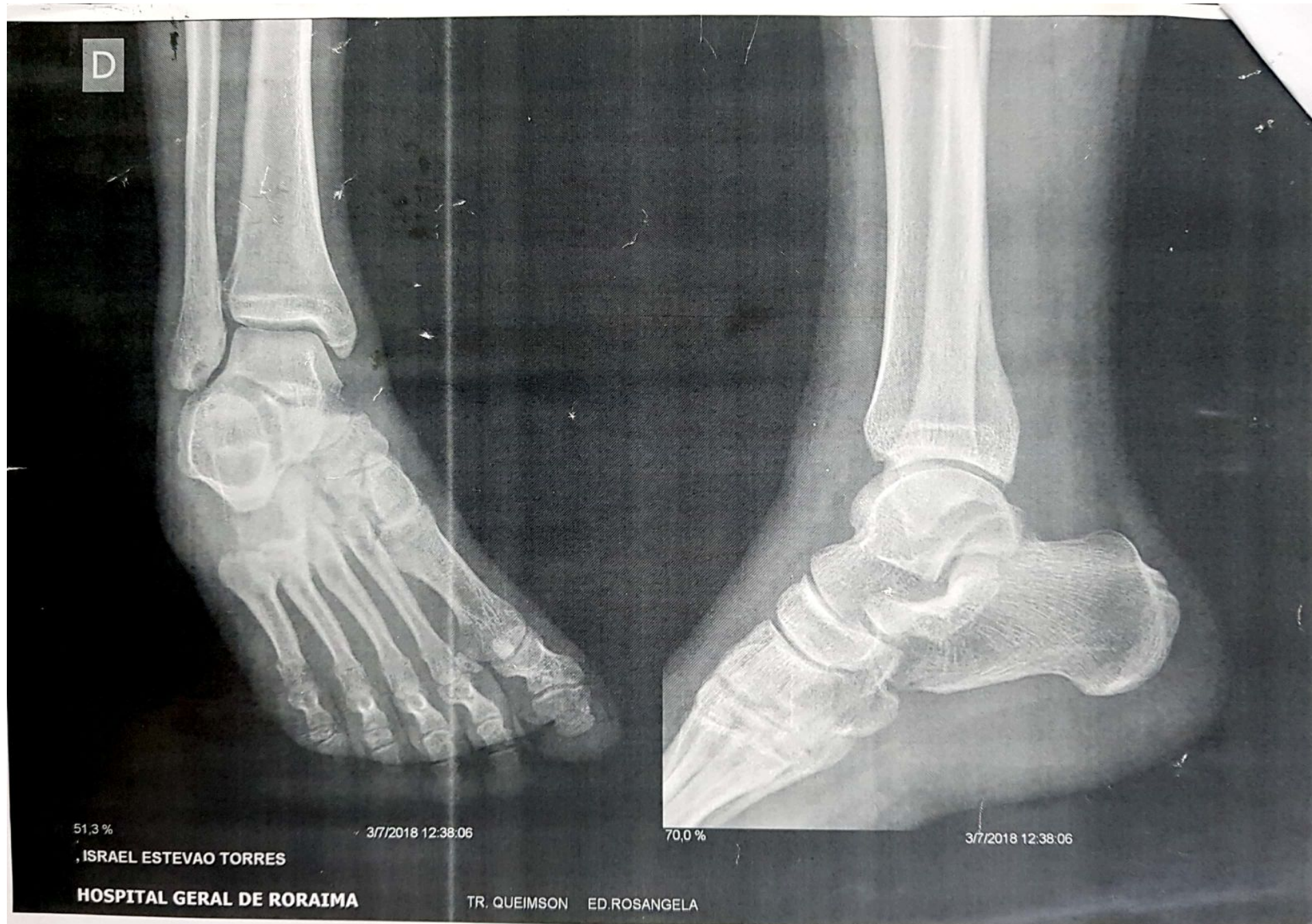
1/1

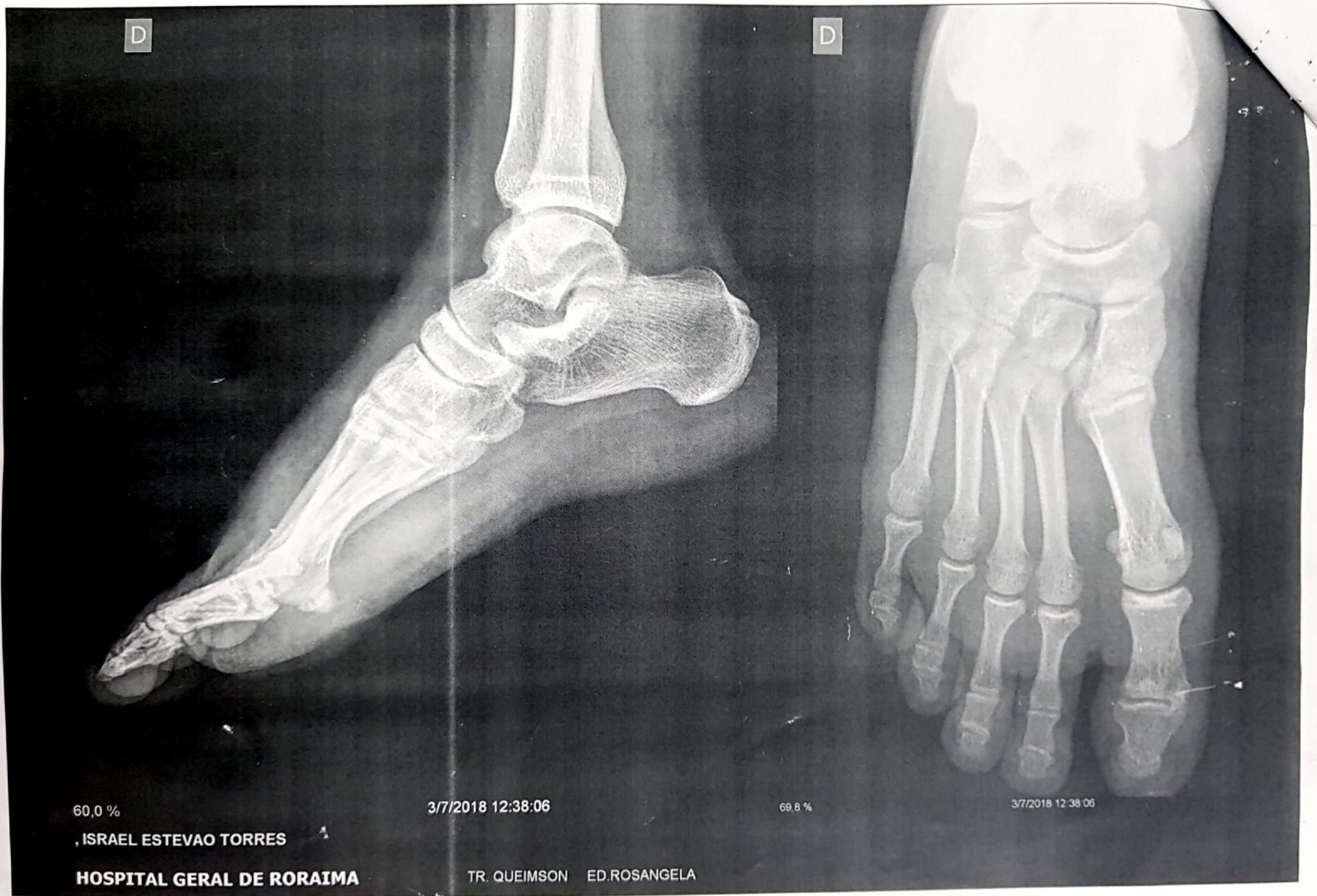
...: Guia de Atendimento 02 ...:

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

Visto
Viz

1800974647	30/06/2018 14:20:31	FICHA DE ATENDIMENTO		ORTOPEDIA	DIURNO 07-19	2
Paciente ISRAEL ESTEVO TORRES		Data Nascimento 16/05/1998	Idade 20 A 1 M 14 D	CNS 706703520085612	CPF	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE 00	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil PARDA	Nacionalidade VENEZUELA
Mãe MARCELINA SILVA ESTEVO	Pai OMAR MONTOYA TORRES		Contato (95) 99116-3839		Ocupação	
Endereço RUA - TRAV GUANABARA - 178 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Sector PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: JOSIEL ROSAS			
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA 14:33 h) <i>De cor vermelha e urina</i> <i>De cor amarela e urina</i>						
Exame Físico <i>Tumores no abdômen</i>						
Hipótese Diagnóstica <i>Adenocarcinoma</i>						
SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /						
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /						
Assinatura do Paciente ou Responsável						
Assinatura e Assinatura do Médico						
Impresso por: Josiel Rosas Data Hora: 30/06/2018 14:21:11						





Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 042.485.822-36	Nome completo da vítima: Israel Estevão Torres	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Israel Estevão Torres		CPF: 042.485.822-36	
Profissão:	Endereço: R. Guanabara	Número: 178	Complemento:
Bairro: Joquei Clube	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.313-155
E-mail: iloierr@hotmail.com	Tel. (DDD): 9598125-9038		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0953	CONTA: 22536	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ 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.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		Data do óbito da vítima: _____	
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), Informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.			
Impressão digital da vítima/beneficiário		TESTEMUNHAS	
Local e Data: Boa Vista-RR 08/01/2019		1ª Nome: _____	
Nome: Israel Estevão Torres		CPF: _____	
CPF: 042.485.822-36		Assinatura _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura _____	
Assinatura do Procurador (se houver)			
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.			
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.			
FPS.001 V001/2018			

08 JAN. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Lúcio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Israel Estero Torres inscrito
(a) no CPF sob o Nº 042.485.822 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima
Israel Estero Torres, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.485.822 / 36, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1632</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>iloirr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)98125-9538</u>

Boa Vista 08 de Janeiro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

08 JAN. 2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190025973

Vítima: ISRAEL ESTEVO TORRES

Data do Acidente: 30/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL ESTEVO TORRES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0006700968 - carta_03 - INVALIDEZ

00060434



Carta nº 13812496

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo		
Descrição do cálculo		
Valor Nominal	R\$ 2.531,25	
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.	
Período da correção	30/6/2018 a 1/3/2019	
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos	
Período dos juros	30/6/2018 a 1/3/2019	

Dados calculados		
Fator de correção do período	244 dias	1,021647
Percentual correspondente	244 dias	2,164720 %
Valor corrigido para 1/3/2019	(=)	R\$ 2.586,04
Juros(244 dias-8,42943%)	(+)	R\$ 217,99
Sub Total	(=)	R\$ 2.804,03
Valor total	(=)	R\$ 2.804,03

Retornar Imprimir