



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0108915-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 - Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 4106131

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. F.CAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	199	197,98

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038905151204

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 29461	Atual: 25/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 28242	Anterior: 25/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dia de consumo: 31	Próxima leitura: 12/12/2019	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,200	Emissão: 23/11/2019	Número Medidor: 2206908
Consumo medido: 199	Apresentação: 25/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 199		Modalidade: N 1514448

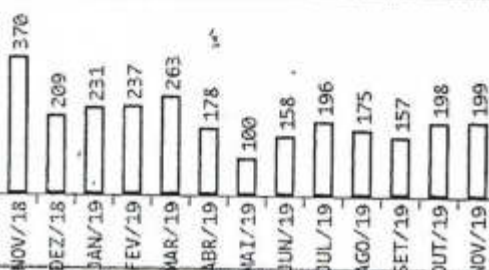
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	199 A R\$ 0,768486 =	152,92
2A. VIA PEDIDO CONSUM 09/19-00		3,01
ILUMINACAO PUBLICA		42,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 199 - 0,621031

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/12/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O rio pagamento poderá ensejar também a inclusão do do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 309,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 193,53

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL ÚNICA. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANCEL N. 2.534 DE 29.10.2019. LIGUE 06607219120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FATURA				ALÍQUOTA		VALOR
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:	PIS:	Cofins:	
Distribuição: 61,78	Tributos: 4,68	152,92	17,00%	0,37%	0,00%	25,99
Transmissão: 06,22						0,57
0,00						2,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIP			FIC			DMO	DMO
	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	

Conjunto: FLORESTA Período de apuração: 09/2019 EUSD: 51,51

ROT: 5.001.12.04.021718



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

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

197,98

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4106131

FCAM*

83690000001 6 97980075000 7 000000000108 1 91531119008 5



SEQ.: 0111 UC: 0108915-3 DT.LEIT.: 25/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 28461 NORMAL TOTAL: 197,98 CARGA: 009
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4021

12 DEZ. 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **532303-7** **DATA DE EXPIRAÇÃO 07/07/2017**

NOME **DOMINGOS PEREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO **ANTÔNIO PEREIRA SILVA**
JOANA ROSA DE JESUS

NATURALIDADE **ALTO LONGÁ - PI**

BOC ORIZEM **CERTID CAS AVERB SEPARAÇÃO 3929 FLS 180 LIV B-48**
2º OF ALTOS - PI

CPF **003.519.108-24**

1ª VIA **AMADEU ROCHA TRIANI**
Policial de Identificação

DATA DE NASCIMENTO **07/09/1952**

PI

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR
domingos p. da silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

13 DEZ. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699234 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699234 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Domingos Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	532303-7 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Raimundo Rodrigues - Centro, N: 149 (Mucacajá)

OUTORGADO

13 DEZ. 2019

NOME:	Glair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão

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: 09/04/2019, cobertura Invalidez, vítima: Domingos Pereira da Silva.

Boa Vista - RR, 23/09/2019.

LOCAL E DATA



Domingos P. da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
144023-5486380373c

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Em testemunho da verdade. VBS
De que dou fé. Boa Vista-RR, 23 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selorr.com.br
REC/FIR1682960SWH2T2LPJZ1Q442/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião de Notas
Av. Atílio Pires, 497 - Ass. Brasil - Boa Vista-RR
Fone: (162) 5525-4000
Soficial@selorr.com.br
744.023
Thamara Lacerda
Escriturante Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451031/19

Vítima: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

CPF: 003.519.108-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2019

Titular do CPF: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DOMINGOS PEREIRA DA SILVA : 003.519.108-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA
CPF: 003.519.108-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699234

Vítima: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699234

Vítima: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003993-4

Conta: 000010011060-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 4 - Nome completo da vítima:

003.519.108-24

Domingos Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Domingos Pereira da Silva

003.519.108-24

Agricultor

Rua: Raimundo Rodrigues

349

Centro

Mucajai

69.340-000

bloxx@hotmail.com

(09)99154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 11.060 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

13 DEZ. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 (Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 23/11/2019

Domingos P. da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 043379/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 15:00

Data/Hora Fim: 05/12/2019 15:13

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 05/07/2019 19:40

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Logradouro: vicinal tronco

Bairro: Apiaú

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Alto Longá	Sexo: Masculino	Nasc: 07/09/1952
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Joana Rosa de Jesus			

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 532303-7

Endereço

Município: Mucajaí - RR

Logradouro: Rua, Raimundo Rodrigues

Bairro: centro

Telefone: (95) 99118-0188 (Celular)

Nº: 149

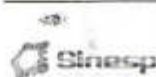
13 DEZ. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, trafegava em sua motocicleta HONDA FAN-125, PLACA NAY-9290, COR PRETA, atropelou um animal silvestre, capivara; QUE, em virtude do atropelamento o comunicante caiu e quebrou um punho da mão direita; QUE, o comunicante foi resgatado pelo SAMU de Mucajaí. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Glebson Souza de Assis
Data de Impressão: 05/12/2019 15:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043379/2019

ASSINATURAS

Glebson Souza de Assis
Agente de Polícia
Matrícula 50054878
Responsável pelo Atendimento

Domingos P. da Silva
Domingos Pereira da Silva
(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 da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

13 DEZ. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou A/S: 3 - CPF da vítima: 003.519.108-24 4 - Nome completo da vítima: Domingos Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Domingos Pereira da Silva 6 - CPF: 003.519.108-24
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua: Raimundo Rodrigues 9 - Número: 349 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mucajai 13 - Estado: 14 - CEP: 69.340-000
15 - E-mail: silva@hotmai.com 16 - Tel.(DDD): (051)99154-4282

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 (Exatamente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Para os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 11.060 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

13 DEZ. 2019

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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residência (se tiver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (P) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 23/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS PEREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010011060-6

Nr. da Autenticação 75124CB95DF7F727



Para consulta
consulte o cliente
este número

SEU CÓDIGO

0533042-4

Roraima Energia S.A.

Av. Cláudio Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nº da Nota Fiscal: 003313767

Regime especial de tributação autorizado para SEFAZ 368/19

A tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixa em
para Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	204	187,20

DOMINGOS PEREIRA DA SILVA
R. RAIMUNDO RODRIGUES 149 CENTRO
CPF: 000000351910824
CEP: 69.140-000 - MUCAJAI

ROT: 213.035.13.06.154000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	31194	Atual	25/07/2019
Anterior	31194	Anterior	24/06/2019
Intervalo de Medição	1,000	Próxima Leitura	24/08/2019
Consumo Mês	204	Próxima Leitura	23/07/2019
Consumo Faturado	204	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

FCAM

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	BI	360000257	
			1.1.1.2
			293

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA	
JUN/19	CONSUMO	204 A R\$ 0,764002 = 155,97
MAI/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,00
ABR/19	2A. VIA PEDIDO CONSUM. (COSIP)	2,94
MAR/19	CORRECAO MONETARIA 06/19-00	0,04
FEV/19	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	1,05
JAN/19	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00	1,08
DEZ/18	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,32
NOV/18	MULTA POR ATRASO 05/19-00	5,38
OUT/18	JUROS DE MORA DE INPO 05/19-00	2,42
SET/18		

MENSAGENS IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 23/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

13 DEZ. 2019

RELEVADO AO FISCO AB30.7C23.4B71.A6B5.C6C1.E8A3.97C0.8AE0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	34,97	Base de Cálculo	17,00%
Aluguel	0,00	Alíquota ICMS	26,51
Outros	4,41	Valor do ICMS	0,00
Taxas	26,51	Valor do PIS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00

ROT: 213.035.13.06.154000

05/2019 0,00



Roraima Energia S.A.
Av. Cláudio Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO

0533042-4

TOTAL A PAGAR - R\$

187,20

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003313767 FCAM

030700000001 0 87200075000 2 00000000553 0 04240719008 3

