



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223-

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20

24 SET. 2019

OBSERVAÇÕES

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Wellington Freitas Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 950.450.742 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Wellington Freitas Pereira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 950.450.742 / 53, 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: Antonio Pinheiro de Góes</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ilairin@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>95198403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 24/09/2019

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Nonato Silva,
RG nº 155.025, data de expedição 08/09/94
Órgão SS/RN, portador do CPF nº 467.676.23320, com
domicílio na cidade de Baa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Mto Selimões, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antônio Wellington P. pereira cujo o condutor era
Antônio Wellington Freitas Pereira.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Titan
Âno: 2004 2005
Placa: MOC-1529
Chassi: 9C2KCO8505R014091
Data do Acidente: 07/07/2018
Local e Data: Baa Vista 03-05-19

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



HGR
HARRIS GROUP REPORT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito

Antonio Wellington Freitas Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 567489-1 DATA DE EXPIRAÇÃO 29/04/2019

NOME ANTONIO WELLINGTON FREITAS PEREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ CARDOSO PEREIRA
MARIA HELENA FREITAS PEREIRA

NATURALIDADE SANTARÉM - PA

BIO. GIBREIM

CERTD NASC 41893 FLS 51 LIV A-55

MOJÚ DOS CAMPOS-PA

CPF 950.450.742-53

AMARU ROCHA TRIANI
Pessoa Física inscrita no CNPJ nº 06.908.001/0001-08

DATA DE NASCIMENTO 27/10/1984

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR

24 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / CNH PRESENTE: 114807 SSP RJ

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

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO: ACC CATANIA RJ

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 1ª HABILITACAO: 15/12/1999

DESCRIÇÃO:

LOCAL: BOA VISTA - DORAIMA

DATA DE EMISSAO: 30/01/2015

92485240616
RJ207968020

980151096

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549649 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MMII.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549649 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO WELINGTON FREITAS **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
PEREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MMII.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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

OUTORGANTE

NOME:	Antônio Wellington Freitas Pereira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	567489-1 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. São João do Baliza paraisópolis

OUTORGADO

NOME:	Ildeir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antônio P. Galvão 1839

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: 07/07/2018 cobertura Invalidez vítima: Antônio Wellington F. Pereira

Boa Vista 03-05-19

LOCAL E DATA



Antônio Wellington Freitas Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331113/19

Vítima: ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

CPF: 950.450.742-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO WELINGTON
FREITAS PEREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
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

ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA : 950.450.742-53

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: 24/09/2019
Nome: ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA
CPF: 950.450.742-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549649

Vítima: ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549649

Vítima: ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA

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 07/07/2018, emitido pelo Dr. LEONARDO RABELO CRM nº 2715 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

colha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

960.450.742-53

Nome completo da vítima:

Antonio Wellington Freitas Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITÍMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Antonio Wellington Freitas Pereira

CPF:

960.450.742-53

Profissão: autônomo

Endereço:

Rua: São João

Número:

275

Complemento:

Cidade: Dr. Ailton Rocha

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.318-708

Tel.(DDD):

(95)98403-5660

E-mail: JLOJRRR@HOTMAIL.COM

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

RENDIA 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: 3027

CONTA:

25860

9

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 (val 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 ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 24/03/2019

Nome: Antonio Wellington F. Pereira

CPF: 960.450.742-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025252/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2019 12:08 Data/Hora Fim: 13/08/2019 12:21
Origem: Polícia Judiciária Data: 13/08/2019
Delegado da Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/07/2018 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-11

Ponto de Referência: Próximo ao Supermercado Tem de Tudo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil:	ANTONIO WELINGTON FREITAS PEREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)		
Nacionalidade:	Brasileira	Naturalidade:	PA - Santarém
Profissão:	Auxiliar de Produção	Sexo:	Masculino
Estado Civil:	solteiro(a)	Nasc:	27/10/1984
Nome da Mãe:	Maria Helena Freitas Pereira	Escolaridade:	Ensino Médio Completo
		Nome do Pai:	José Cardoso Pereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 950.450.742-53

RG - Carteira de Identidade: 567489-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: São João da Baliza

Nº: 275

Complemento: Casa

Bairro: Pântano

Telefone: (15) 321-4-4593 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.676.223-20	Placa MOC-1529
Renavam 00841115346	Número do Motor KC08E55014091
Número do Chassi 5C2KC03505R014091	Ano/Modelo Fabricação 2005/2004
Cor VERDE	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos

24 SET. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

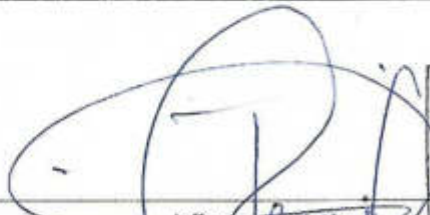
Nº: 025252/2019

Nome Envolvido	Envolvimento
Antonio Wellington Freitas Pereira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que diz ser habilitado, mas não apresentou nesse momento, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também já descrita acima, onde a corrente caiu e travou pneu traseiro, fazendo com o mesmo perdesse o controle e caísse. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares, onde recebeu atendimento médico. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42009908
Responsável pelo Atendimento


Antonio Wellington Freitas Pereira
(Vítima / Comunicante)

13 AGO. 2019

DA: _____

AGENTE DE POLÍCIA

COPIADO

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

24 SET. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 960.450.742-53 Nome completo da vítima: Antonio Wellington Freitas Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARA DERENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR 6/SEP/INR 429/2012

Nome completo: Antonio Wellington Freitas Pereira CPF: 960.450.742-53

Profissão: autônomo Endereço: Rua: São João Número: 275 Complemento:

Bairro: Dr. Ailton Rocha Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.318-708

E-mail: JLO7RRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 98403-5660

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

DERENDA 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)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 25860 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 5.194/74, 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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 ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 24/09/2019

Nome: Antonio Wellington F. Pereira

CPF: 960.450.742-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

HGR
HARRIS GROUP REPORT



Para contato
conosco informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002661105

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 em 26 de abril de 2012

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	01/05/2019	277	202,14

CHEILA TELES PENA

R. SÃO JOÃO DO BALIZA 275 Q 327 DR. AIRTON ROCHA

CPF: 00000060947241

CEP: 69.318-708 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.12.121900

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		17917		Atual:	03/04/2019
Anterior:		17640		Anterior:	08/03/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	09/05/2019
Consumo Medido:		277		Emissão:	05/04/2019
Consumo Faturado:		277	FCAM	Aprovação:	08/04/2019
NORMAL				31	

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	BI	13TDT02252K	1410632	1.4.1.2	239

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 251	CONSUMO 30 A R\$ 0,271176 = 8,14
FEV/19 237	70 A R\$ 0,464863 = 32,64
JAN/19 262	120 A R\$ 0,697309 = 83,67
DEZ/18 252	57 A R\$ 0,774781 = 44,16
NOV/18 250	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 50,59
OUT/18 270	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 01/19-00 0,11
SET/18 222	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 01/19-00 0,01
AGO/18 227	MULTA POR ATRASO DE I 01/19-00 1,57
JUL/18 174	JUROS DE MORA POR ATR 01/19-00 0,45
JUN/18 213	MULTA POR ATRASO 01/19-00 3,19
	JUROS DE MORA DE IMPO 01/19-00 3,76
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,55
TARIFA SOCIAL TSEE	
0 A 30 - 0,271176	
31 A 60 - 0,464863	
61 A 90 - 0,697309	
91 A 120 - 0,929755	
121 A 150 - 1,162201	
151 A 180 - 1,394647	
181 A 210 - 1,627093	
211 A 240 - 1,859539	
241 A 270 - 2,091985	
271 A 300 - 2,324431	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumida e tarifa a ser paga - de acordo com o valor de energia elétrica a partir de 27/04/2019. Os valores das contas revisadas nesta fatura, o não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na dívida. Informamos ainda a existência de uma dívida pendente de R\$ 157,08 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconvidar este aviso.
09/2019	178,01	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 79A7.4CE1.E800.43B4.9785.9FC8.B/E9.83C8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 41,85	Base de Cálculo: 168,50
Energia: 88,75	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 28,64
Encargos: 4,61	Valor do PIS: 0,81
Tributos: 33,29	Valor do COFINS: 3,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,81
5,91			11,00			3,39
DISTRITO			02/2019			55,91

ROT: 15.001.23.12.121900



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0125182-1	202,14
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
04/2019	01/05/2019

Nº da Nota Fiscal: 002661105 FCAM

83600000002 3 02140075000 2 00000000125 5 18210419008 3

