

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Charles da Silva Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 002.163.042 / 96 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Charles da Silva Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.163.042 / 96, 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 Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
<u>Barris</u>	Cidade <u>Bela Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
E-mail <u>ilair@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Barris - RR, 11 de Julho de 2019
Local e Data

15 JUL. 2019

Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SSUV Equipe: La Paz, Lello, Guilherme
 Paciente: Charles da Silva Rodrigues Idade: 30a Sexo: M
 Endereço: Av. Santo Gonçalves - Operário
 Nº: 6898 DATA: 20/04/18 HORA: 18:32 / 15/10 : 18:49
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Fabiane

MOBILIDADE: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada ☐ Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ Condutor ☒ Carona <u>1</u> ☐ Capacete: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>moto</u> ☐ BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAF ☐ PAF ☐ queda ☐ Espandimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Aguda ☐ Agressão animal ☐ Outros:

15 JUL. 2019

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>s/alt</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☒ <u>s/alt</u>	☐ Bradicárdia ☐ Taquicárdia ☐ Arritmico ☐ Eructamento ☐ epigástrico acima de 2" ☐ Ausente ☒ <u>s/alt</u>	☐ AVDN <u>1</u> ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	:	:	:	:	:	:	:	:
Fim	:	:	:	:	:	:	:	:

Não foi possível avaliar os SSUV, pois estavam transportando a outra vítima em estado grave.

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Queimadura ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Clândica	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Abundante ☐ Fer. Penetrante ☒ <u>s/alt</u>	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo ☒ <u>s/alt</u>	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☒ <u>s/alt</u>	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em íctus ☐ Doroso ☐ Evisceração ☒ <u>s/alt</u>

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade ☒ <u>s/alt</u>	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☒ <u>s/alt</u>	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ <u>MEMBROS</u> ☒ <u>DE</u> ☒ <u>FRATURA</u> ☒ <u>AMPUTAÇÃO</u>

RESPIRATÓRIA	NEUROLÓGICA	PSIQUIÁTRICA	METABÓLICA	CARDIOVASCULAR	ABORTO	RESPIRATÓRIA	NEUROLÓGICA	PSIQUIÁTRICA	METABÓLICA	CARDIOVASCULAR	ABORTO
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fibril	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Intoxicção ☐ Obstétrica ☐ Perinatal ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros						

Assinatura do Médico (Unidade de Destino): DR. Julio Heredia
 Assinatura do Médico (Unidade de Destino): DR. Julio Heredia

INDICADA	MULTIPLAS MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontra no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:	☒ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/05/19
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
Stephane
RUBICA

(*) O condutor da moto foi atendido pelos bombeiros.
 (*) 03 passageiros na moto.

(*) O condutor da outra moto foi atendido pela 192.

GRUPO

- ☐ Atendido no local
- ☒ Trauma HGR
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Coronel Mota

- ☐ Cotrim e Silva
- ☐ HCSP
- ☐ Matemático
- ☐ Outros

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/01/19
Stephanie

... de moto x moto... vítima...
... Paciente encontrava-se cor-
... orientado, apresentando uma lesão
... em M.I.E com possível fratura
... devido a pouca qualidade
... e como os outros vítimas
... estavam graves (c/03 ambulâncias
... foi desambulando pela
... ambulância e sendo levado ao
... Hospital situado na UTR.

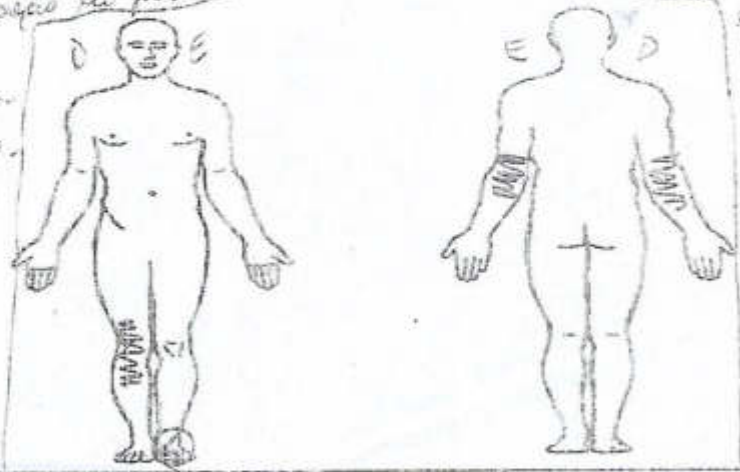
Dr. Celso Wanderley Jr.
Enfermeiro
COREN-PR 15223-0

EXISTÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:

... vítima muito jovem...
... Apresenta escoriações em M.I.E, fratura exposta
... em ambos os membros superiores.
... Paciente em bom estado geral, Glasgow 15, lúcido e orientado. Como no local do
... acidente sendo os vitimas sendo os delas com melhor estado de consciência
... do atendimento
... de acidente
... 02 equipes (viat-
... res: 01 Branca e
... 01 Regata do
... Corpo de Bombeiros
... Como este paciente
... mas estava em
... estado grave, sendo
... levado ao local

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Projeção Respiratória (pontuação)	16-24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25-35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01-09	1	
					0	0	
Resposta verbal	Orientado	Sequela	5	Projeção da vítima (pontuação)	> 30	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70-85	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50-69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		01-49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
Resposta motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Força da vítima (pontuação)	14-15	5	
	Localiza a dor	Retra ao toque	5		11-13	4	
	Movimento normal	Retra a dor	4		8-10	3	
	Flexão a dor	Flexão normal	3		5-7	2	
	Extensão a dor	Extensão normal	2		0-4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				

... do acidente e consequentemente a vítima foi andando até a vitimária
... e conduzido sem intercorrências ao HGR situado dentro da mesma. Vale pontuar
... que durante o atendimento a PM não conseguiu fazer o diagnóstico de lesões no local e
... controlar a população por motivo de pedir apoio de mais viaturas da PM. Durante
... o atendimento a
... e chegada a chegada
... em segurança.
... hostilidade.



... equipe do SAMU foi encaminhada
... ao ponto de atendimento
... devido a alto nível de

Dr. Celso Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/semana:	Movimentos fetais:	cálculo suos	
Perda de líquido:	ECF:		
[] Com cartão [] Sem cartão			

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



1800939385		20/04/2018 19:33:42		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		5	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
CHARLES DA SILVA RODRIGUES				30/12/1988		29 A 3 M 21 D		709000857559018		00216304296	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		3346412		SSP/RR		28/02/2013		M		SOLTEIRO(A)	
Mãe		ETELVINA PEREIRA DA SILVA		Pai		SERGIO RODRIGUES DE SOUZA		Contato		(95) 99165-0441	
Endereço				RUA - S-28 - 798 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Ocupação			
								SERVIÇOS GERAIS			
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	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		LEILSON.SOUSA	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal											
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem											
										GSC	
										TOTAL	
										AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
15 JUL 2019											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
1 DIPIRONA 1 gr. EV											
2 TENOXICAM 40 mg EV											
3. Clonoxan 1g EV											
4. Tetraciclina 1g IV											
5. Dexametasona 1mg IV											
6. Paracetamol 1g IV											
7. Dexametasona 1mg IV											
8. Paracetamol 1g IV											
9. Dexametasona 1mg IV											
10. Paracetamol 1g IV											
11. Dexametasona 1mg IV											
12. Paracetamol 1g IV											
13. Dexametasona 1mg IV											
14. Paracetamol 1g IV											
15. Dexametasona 1mg IV											
16. Paracetamol 1g IV											
17. Dexametasona 1mg IV											
18. Paracetamol 1g IV											
19. Dexametasona 1mg IV											
20. Paracetamol 1g IV											
21. Dexametasona 1mg IV											
22. Paracetamol 1g IV											
23. Dexametasona 1mg IV											
24. Paracetamol 1g IV											
25. Dexametasona 1mg IV											
26. Paracetamol 1g IV											
27. Dexametasona 1mg IV											
28. Paracetamol 1g IV											
29. Dexametasona 1mg IV											
30. Paracetamol 1g IV											
31. Dexametasona 1mg IV											
32. Paracetamol 1g IV											
33. Dexametasona 1mg IV											
34. Paracetamol 1g IV											
35. Dexametasona 1mg IV											
36. Paracetamol 1g IV											
37. Dexametasona 1mg IV											
38. Paracetamol 1g IV											
39. Dexametasona 1mg IV											
40. Paracetamol 1g IV											
41. Dexametasona 1mg IV											
42. Paracetamol 1g IV											
43. Dexametasona 1mg IV											
44. Paracetamol 1g IV											
45. Dexametasona 1mg IV											
46. Paracetamol 1g IV											
47. Dexametasona 1mg IV											
48. Paracetamol 1g IV											
49. Dexametasona 1mg IV											
50. Paracetamol 1g IV											
51. Dexametasona 1mg IV											
52. Paracetamol 1g IV											
53. Dexametasona 1mg IV											
54. Paracetamol 1g IV											
55. Dexametasona 1mg IV											
56. Paracetamol 1g IV											
57. Dexametasona 1mg IV											
58. Paracetamol 1g IV											
59. Dexametasona 1mg IV											
60. Paracetamol 1g IV											
61. Dexametasona 1mg IV											
62. Paracetamol 1g IV											
63. Dexametasona 1mg IV											
64. Paracetamol 1g IV											
65. Dexametasona 1mg IV											
66. Paracetamol 1g IV											
67. Dexametasona 1mg IV											
68. Paracetamol 1g IV											
69. Dexametasona 1mg IV											
70. Paracetamol 1g IV											
71. Dexametasona 1mg IV											
72. Paracetamol 1g IV											
73. Dexametasona 1mg IV											
74. Paracetamol 1g IV											

Catagora 20-04-18

Carta de visita para o Dr. Pedro Di Giovanni

Paciente: [illegible]

As Exames: [illegible] e [illegible] em [illegible]
com [illegible] [illegible]

As Rx: [illegible] de 2, 3, 4 e 5° MTT (E)

CD: Tala longa

Alto de [illegible]

com [illegible] [illegible]
e [illegible]

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429464 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

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: 3190429464 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2018

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
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

CHARLES DA SILVA RODRIGUES : 002.163.042-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Número do Sinistro: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2018

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CHARLES DA SILVA RODRIGUES : 002.163.042-96

Autorização de pagamento

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: 04/11/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Número do Sinistro: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 20/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 23/09/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429464 Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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 20/04/2018, emitido pelo Dr. PEDRO DI GIOVANNI CRM nº 1615 - 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

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:	Nome completo da vítima:
	002.163.042-96	Charles da Silva Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Charles da Silva Rodrigues	002.163.042-96	
Profissão:	Endereço:	Número:
autônomo	Rua: Polônia	364
Bairro:	Cidade:	Complemento:
Cauamé	Boa Vista	Ap. 01
E-mail:	Estado:	CEP:
LOIERRR@HOTMAIL.COM	RR	69.311-121
		Tel.(DDD):
		(95) 98403-5060

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

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) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: (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) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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

Nome: Charles da Silva Rodrigues

CPF: 002.163.042-96

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

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: 002.363.042-96 4 - Nome completo da vítima: Charles da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo: Charles da Silva Rodrigues 6 - CPF: 002.363.042-96
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Polônia 9 - Número: 364 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cauimé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: slerrr@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 9154-4282

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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) -

Nome do BÂNCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25560 8
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 03/11/2019

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
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016946/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/06/2018 12:58 Data/Hora Fim: 08/06/2018 13:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 097033 SÉRIE J Data: 20/04/2018
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 20/04/2018 19:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. General B. Gonçalves
Complemento: em frente ao nº 1643

Bairro: Operário

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005 Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: RONIERY SILVIO DE SOUSA OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 27

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Campo Grande
Bairro: Nova Cidade

Nº 991

Nome: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 18

Profissão: Cobrador

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3648818

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Calebe
Bairro: Cambará

Nº 89

Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 29

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua S-28

Nº 798

15 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016946/2018-A01

Bairro: Senador Hélio Campos

Nome: JOILSON (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua S-27

Bairro: Senador Hélio Campos

Nº: 796

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acerca do ocorrido, pois todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local Gustavo Bruno da Silva Bezerra conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU-8145 pela referida avenida sentido do bairro operário para o bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente por Roniere Silvio de Sousa Oliveira que conduzia no sentido oposto uma motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759, tendo como passageiros Joilson e Charles da Silva Rodrigues. Que a motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao Senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. Que a motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removido ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial perito Wellington Diante dos fatos faço a apresentação deste relatório para as devidas providências.

HOJE 08/06/2018 COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA O SR. CHARLES DA SILVA RODRIGUES, PARA RELATAR QUE O MESMO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR
(Comunicante)

"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 de origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

15 JUL. 2019

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:	Nome completo da vítima:
	002.163.042-96	Charles da Silva Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Charles da Silva Rodrigues	002.163.042-96	
Profissão:	Número:	Complemento:
autônomo	364	Ap. 01
Bairro:	Cidade:	Estado:
Cauamé	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ELCIBRR@HOTMAIL.COM	69-311-121	(95) 98403-5060

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

RENDAS CADASTRAIS

RENDAS CADASTRAIS:
☒ 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: CONTA:
(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 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) ☐ Divorciado ☐ 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 não obrigatória

Local e Data: Boa Vista - RR
 Nome: Charles da Silva Rodrigues
 CPF: 002.163.042-96

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
 CPF:
 Assinatura:
 2ª | Nome:
 CPF:
 Assinatura:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Charles da Silva Rodrigues
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SSUV Equipe: La Paz, Lello, Guilherme
 Paciente: Charles da Silva Rodrigues Idade: 30a Sexo: M
 Endereço: Av. Santo Gonçalves - Operário
 Nº: 6898 DATA: 20/04/18 HORA: 18:32 / 15/10 : 18:49
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Fabiane

MOBILIDADE: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada ☐ Air Bag ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ Condutor ☒ Carona <u>1</u> ☐ Capacete ☐ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>moto</u> ☐ BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAF ☐ PAF ☐ queda ☐ Espandimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Aquecida ☐ Agressão animal ☐ Outros:

15 JUL. 2019

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>s/alt</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☒ s/alt	☐ Bradicárdia ☐ Taquicárdia ☐ Arritmico ☐ Eructamento ☐ ruído acima de 2° ☐ Ausente ☒ s/alt	☐ AVDN <u>1</u> ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	:	NÃO foi possível avaliar os SSUV, pois estavam						
Fim	:	transportando a outra vítima em estado grave.						

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Queimadura ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Clândica	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Abundante ☐ Fer. Penetrante ☒ s/alt	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo ☒ s/alt	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☒ s/alt	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em túbulo ☐ Doroso ☐ Evisceração ☒ s/alt
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade ☒ s/alt	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☒ s/alt	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ s/alt		☐ Fratura <u>1</u> ☐ Amputação ☒ s/alt	

Respiratória	Neurológica	Digestiva	Diabetes	Alergias
☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Intoxicção ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra ☒ TRAUMA	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fibrilção atri ☐ Fibrilção entricular ☐ Assistolia

FRATURA: ☐ SIMPLES ☐ COMPLEXA ☐ SEVERA ☒ PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura: DR. Julio Heredia 2018
 Assinatura e Rubrica Médico (Unidade de Destino)
 MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
☒ Polícia Militar
☒ Guarda Municipal
☒ SMITRAN
☒ Bombeiro
☐ Outros:
 Em 25/05/19
 DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
Stephane
RUBICA

(*) O condutor da moto foi atendido pelos bombeiros.
 (*) 03 passageiros na moto.

(*) O condutor da outra moto foi atendido pela 192.

GRUPO

- ☐ Atendido no local
- ☒ Trauma HGR
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Coronel Mota

- ☐ Cotrim e Silva
- ☐ HCSP
- ☐ Matemático
- ☐ Outros

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/01/19
Stephanie

... de moto x moto... vítima...
... Paciente encontrada no local...
... apresentando uma lesão...
... com possível fratura...
... devido a pouca quantidade...
... e como os outros vítimas...
... estavam graves (03 ambulâncias...
... não foi desambulando pela...
... ambulância e sendo levado ao...
... Hospital situado na UTR.

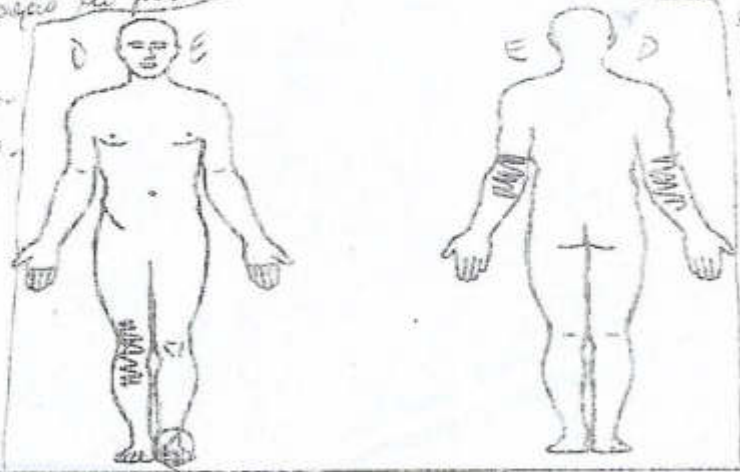
Dr. Celso Wanderley Jr.
Enfermeiro
COREN-PR 15223-0

EXISTÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:

... vítima muito jovem...
... Apresenta escoriações em todo o corpo, fratura exposta...
... no pé...
... Paciente em bom estado geral, Glasgow 15, lúcida e orientada. Como no local do...
... gravidade...
... do atendimento...
... de...
... 02 equipes (Brigada...
... res: 01 Branca e...
... 01 Regata do...
... Corpo de bombeiros...
... Como este paciente...
... mas estava em...
... estado grave, sendo...
... atendido no local.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	16-24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25-35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01-09	1
				0	0
Resposta verbal	Orientado	Se bule	5	> 30	4
	Confuso	Choro irritado	4	70-89	3
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	50-69	2
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	01-49	1
	Nenhuma	Nenhuma	1	0	0
Resposta motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	14-15	5
	Localiza a dor	Retra ao toque	5	11-13	4
	Movimento normal	Retra a dor	4	8-10	3
	Flexão a dor	Flexão normal	3	5-7	2
	Extensão a dor	Extensão normal	2	3-4	1
	Nenhuma	Nenhuma	1		

... do paciente e condizente com o que foi observado...
... e condizentes com o que foi observado...
... após desmonte o atendimento a...
... controlar a população...
... e chegar a chegar...
... no momento...
... hostilidade.



... equipe do SAMU foi encaminhada...
... ao ponto de atendimento...
... devido a alto nível de...

Dr. Celso Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	cálculo duos	
Perda de líquido:	ECF:		
[] Com cartão [] Sem cartão			

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



1800939365		20/04/2018 19:33:42		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-		5	
Paciente CHARLES DA SILVA RODRIGUES				Data Nascimento 30/12/1988		Idade 29 A 3 M 21 D		CNS 709000857559018		CPF ⁰⁷ 00216304296	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3346412		Órgão Emissor Data Emissão SSP/RR 28/02/2013		Sexo M		Estado Civil Raça/Cor SOLTEIRO(A) Parda		Naturalidade Nacionalidade BOA VISTA - RR BRASILEIRA	
Mãe ETELVINA PEREIRA DA SILVA				Pai SERGIO RODRIGUES DE SOUZA				Contato (95) 99165-0441			
Endereço RUA - S-28 - 798 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								Ocupação SERVIÇOS GERAIS			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.				Registrado por: LEILSON.SOUSA			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				TOTAL ☒			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)				15 JUL 2019							
Exame Físico				BEC LOTE ASS							
Hipótese Diagnóstica				Trauma MIE							
SADT - Exames Complementares				☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
1 DIPIRONA 1 gr. EV											
2 TENOXICAM 40 mg EV											
3 Clonoxone 1g EV											
4 Tetraciclina 1g IV											
DR. Jairo Nogueira EDIPOM-PA-RR 1											
7 0 ABR. 2018											
Conduta				() Ambulatório				() Observação (Até 24h)			
() Alta por Decisão Médica											
() Alta a Pedido											
() Alta a Revelia											
() 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				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: leilson.sousa Data Hora: 20/04/2018 19:34:51											
12088 10/01/18 - Substituição em Telemática Dir. Hospitalar em Saúde Ph. CLEO-F-2018											

Catagora 20-04-18

Carta de visita para o Dr. Pedro Di Giovanni

Paciente: [illegible]

As Exames: [illegible] e [illegible] em [illegible]
com [illegible] [illegible]

As Rx: [illegible] de 2, 3, 4 e 5° MTT (E)

CD: Tala longa

Alto de [illegible]

com [illegible] [illegible]
e [illegible]

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal 003077841

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	06/07/2019	240	222,40

MARILENE PINHEIRO DUARTE
R. POLONIA 364 1 CAUAME
CPF: 00038252465234
CEP: 69.311-121 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.02.129603

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	46557	Atual:	17/06/2019
Anterior:	46317	Anterior:	20/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	17/07/2019
Consumo Medido:	240	Emissão:	14/06/2019
Consumo Faturado:	240	Apresentação:	17/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

RESIDENCIAL BI 2805234 0 1518649 1.1.1.2 169

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 333	CONSUMO 240 A R\$ 0,773664 = 185,67
ABR/19 174	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,29
MAR/19 119	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X) 2,07
FEV/19 97	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
JAN/19 111	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,44
DEZ/18 171	MULTA POR ATRASO (2X) 4,62
NOV/18 183	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,76
OUT/18 184	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23
SET/18 169	
AGO/18 175	
TARIFAS SEM TRIBUTOS:	
0 A 240 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
12/2018	163,87
11/2018	155,68
04/2018	241,78

Informamos que os débitos acima listados estão em aberto. Caso não seja pago até a data de vencimento, serão cobrados juros e multa por atraso. O cliente deve entrar em contato com o setor de cobrança para regularizar a situação.

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

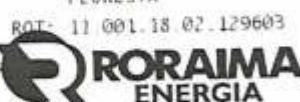
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,15	Base de Cálculo	185,67
Energia:	99,98	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,56
Encargos:	5,19	Valor do PIS:	0,31
Tributos:		Valor do COFINS:	1,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	04/2019
0103079-5	57,08
MÊS FATURADO	TOTAL A PAGAR - R\$
06/2019	222,40
Nº da Nota Fiscal	VENCIMENTO
003077841	06/07/2019

83620000002 1 22400075000 6 00000000103 2 07950619008 5



FQ: 00007 UC: 0103079-5 DT. LEIT.: 17/06/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 46557 NORMAL TOTAL: 222,40 CARGA: 003
DT. VENC.: 06/07/2019 IRREG: 000 COLETOR: 1271

15 JUL. 2019

Av. Capão da Canoa, 50 - Jd. Capão da Canoa - São José - RR
 CNPJ: 00.341.400/0001-01 - Insc. Est. 000000000000
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 30813

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA
 R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
 CPF: 00038305151204
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA

Atual	51562
Anterior	51202
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	360
Consumo Faturado	360

FCAM

ROT: 5.001.12.04.021724

DATAS DA LEITURA

Atual	24/06/2019
Anterior	27/05/2019
Próxima Leitura	24/07/2019
Emissão	19/06/2019
Apresentação	24/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Legação	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	Consumo
MAI/19	453
ABR/19	438
MAR/19	505
FEV/19	389
JAN/19	356
DEZ/18	419
NOV/18	512
OUT/18	508
SET/18	499
AGO/18	544

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	360 A R\$ 0,773664 =	278,51
CORREÇÃO MONETARIA DA 03/19-00		0,43
CANC. DESC. S/MULPARCEL 03/19-00		4,35
CANC. DESC. S/JUR. PARCE 03/19-00		4,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 03/19-00		15,65
CORREÇÃO MONETARIA I 03/19-00		2,60
MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00		0,69
JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00		15,16
MULTA POR ATRASO 03/19-00		12,12
JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00		42,05
ILUMINACAO PUBLICA		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBATUS JA REAVISADOS

Valor R\$ 777,03

Informamos que o valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) não tenha em mãos o(a) comprovante de pagamento, procure o(a) atendimento de Eletricidade Distribuição Roraima com o(a) comprovante de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	149,97
Energia	0,00
Transmissão	7,79
Encargos	50,03
Tributos	

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo	17,00%
Alíquota ICMS	47,34
Valor do ICMS	0,47
Valor do PIS	2,22
Valor do COFINS	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00			0,00			0,00
						143,70

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021724



Roraima Energia S.A.
 Av. Capão da Canoa 501 - Capão da Canoa - Boa Vista - RR
 CNPJ: 00.341.400/0001-01 - Insc. Est. 000000000000



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT. LEIT.: 24/06/2019 T. ENTR.: 04
 LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008
 DT. VENC.: 11/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

15 JUL. 2019