



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

Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos canais 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 071 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=29646>

A Circular 5051 Pº nº 445/12, que trata da prevenção a 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, profissão, informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

As informações fornecidas no formulário de previsão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, as informações da referida Circular, não reusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONDIÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA FERROVIÁRIA, CAPITALIZAÇÃO E REASEGURO; CONSELHO DE CONTRATO DE AVAÇÕES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SEM POR ENQUANTO DISPONIBILIZAR APENAS PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER ESTUDAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE AFINADES, SEGUROS E VISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu: *Flávio Inocio de Souza*

inscrito (a) no CPF/CNPJ **383.051.552-04**

, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Altomir Ascencimento de Souza Filho*, inscrito (a) no CPF sob o N° **034.377.932-28**

do sinistro de DPVAT cobertura

*InvalidoZ*

da Vítima

*Altomir Ascencimento do S. Filho*

inscrito (a) no CPF sob o N° **034.377.932-28**

, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios

Ficou informado

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:

Rua: *Antônio Pinheiro Galvão*  
Bairro: *Suritis* Cidade: *Bea Vista*  
E-mail: *flavio.rr@hotmail.com*

Número: **3832** Complemento:  
Estado: **SP** CEP: **69.309-209**  
**(95) 99154-4282**

Local e Data: *Bea Vista - RR, 06 de julho de 2020*

Assinatura: *[Assinatura]*

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio  
Data Hora: 12/03/2020 11:46:22





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

NE-5263295

JOAQUIM INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

PAPUA NEW GUINEA

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

## OBSERVAÇÕES

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

### autenticação mecânica

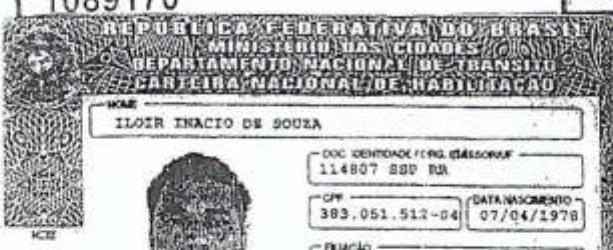
reporte aquí

BORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



7550000000001081 917005200055



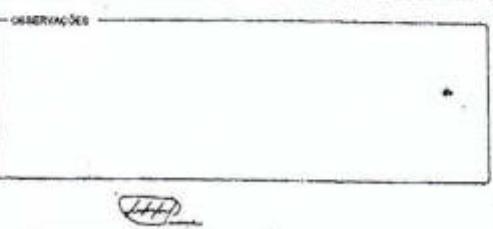
VALORES DA TERRA  
EM TERRITÓRIO NACIONAL

980151096



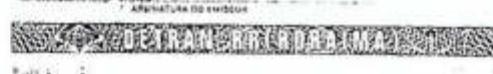
卷之三

600-700



100

B



**ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO**

FILIAÇÃO: RITA SARAIWA DOS SANTOS  
ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA  
NASCIMENTO: 06/06/1988  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO: R G - 3812069 - 21/10/2016 - SESP - RR

LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 014.177.932-28 CHN: .....  
TIT. ELEITOR: SECÃO: .....  
LOCAL DE EMISSÃO: 03116-000 - BOA VISTA  
DATA DE EMISSÃO: 15/12/2016 ZONA: .....

*Altamir P. Souza - Filho*  
MATERIAL FOLHOS SOLAÇO-RR  
Suplemento de Região da Amazônia e Centro-Brasil

212.23090.09-6

3758161

0050

RR

*ALTAMIR N. de Souza Filho*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200253596      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA      **Data do acidente:** 12/03/2020      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
FILHO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/07/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Altamir Nascimento de Souza Filho

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 383204-9

ENDEREÇO: Rua: 50 pm Jardim F. Laima, 589, Caraná

OUTORGADO

NOME: Flávio Márcio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 314804

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão - 1832, Buxite

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:

12/03/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Altamir Nascimento de Souza Filho

Flávio Márcio de Souza Filho

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 19 DE Julho /2020.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199940/20

**Vítima:** ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

**CPF:** 014.177.932-28

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/03/2020

**Titular do CPF:** ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS 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

### ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO : 014.177.932-28

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](http://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: 16/07/2020  
Nome: ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO  
CPF: 014.177.932-28

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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

---

**Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200253596**

**Vítima: ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO**

**Data do Acidente: 12/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO**

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 12/03/2020, emitido pelo Dr. ELDER SOARES CRM nº 1828 - 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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
034.177.932-28 Altomir Nascimento de Souza Filho		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:
Altomir Nascimento de Souza Filho	034.177.932-28
Profissão:	9 - Número:
Autônomo	589
Bairro:	10 - Complemento:
Centro	
11 - E-mail:	13 - Estado:
slsouvr@hotmail.com	14 - CEP:
	16 - Tel (DDD):
	17 - Celular:
	18 - Telefone:
	19 - E-mail:
	20 - E-mail:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 BANCO: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: *Boa Vista - RR, 02 de julho de 2020*

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ocorrência Nº: 5788/2020 - Registrado em: 02/07/2020 às 13h 07min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 12/03/2020 às 11h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PARIME BRASIL

CEP: 69000-000

Bairro: CARANA

Nº: S/N

Tipo de local:

Referencia:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

AL TAMIL NASCIMENTO DE SOUZA FILHO(22), nascido(a) em 06/06/1998, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 014.177.932-28, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de ELIANA SARAIVA DOS SANTOS e ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA, endereço: SD PM ARINEU F. LIMA, cep: 69300-000, nº: 589, bairro: CARANA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99140-5120.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO/DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA FAN 150 DE PLACA: NAN-8445, DE PROPRIEDADE DE ELIANA SARAIVA DOS SANTOS NO ENDEREÇO ACIMA SENTIDO BAIRRO QUANDO DEU DECOLHIDA POR UM CARRO GOL QUE VINHA NA SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE NO MEIO DA VIA NAO DANICO TENTOU DESVIAR ASSIM O MESMO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DO CARRO, QUE COM A COLISAO O MOTOQUEIRO SOFREU FRATURA NA Perna ESQUERDA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR, E O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000910  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSE R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
AL TAMIL NASCIMENTO DE SOUZA FILHO  
COMUNICANTE





0130280-9

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão E. Ribeiro, 461 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.441.723/0007-46 - Inscrição Estadual: 24.001.022-9  
Nota Fiscal: Nota de Serviços Elétricos - Série B-1  
Região Operacional: Região Sul Autonômica da SIEBZ 2001/2

Nº da Nota Fiscal: 0046597  
A Tarifa Social de Energia Elétrica é estabelecida  
pela Lei nº 10.427 de 29 de Maio de 2002.

ABRIL/2020 06/05/2020

143 132,05

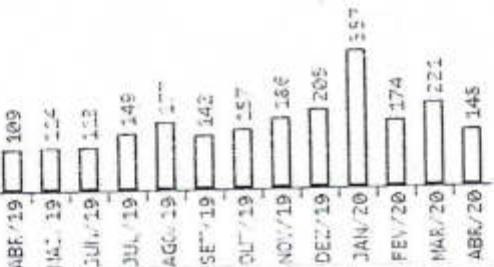
ELIANA SARAIVA DOS SANTOS  
R. 50 PM ARINEU F LIMA 589 CARANA  
CEP: 69.314-580 - BOA VISTA

CPF: 00038311135215

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual	143	Anterior	132,05	Endereço	109
Anterior	144	Anterior	132,05	Classificação	109/109/10
Última leitura		Última leitura	132,05	Uso:	100%
Consumo de Mês (kWh)	11	Consumo	0,764425	Sistema Monitor	100%
Consumo médio:		Consumo médio	0,764425	Forma de Faturamento	100%
Consumo Padrão:		Consumo Padrão		Modalidade:	100%

CONSUMO 143 A R\$ 0,764425 = 113,13  
ILLUMINAÇÃO PÚBLICA 18,92

Media 12 meses



LIGE A Sua Conta e Tudo Vai Vencer! 15 16 21 26  
Seu último dia 22/04/2020, não contatamos faturas vencidas  
nunca mais!



RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
		Base de Cálculo	ALIQUOTA	VALOR
Enegia:	132,05	ICMS:	17,00%	19,25
Encargos tributários:	1,46	PIS:	8,00%	1,12



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

NE-5263295

JOAQUIM INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

PAPUA NEW GUINEA

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

## OBSERVAÇÕES

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

### autenticação mecânica

recorte aqui

BORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



7550000000001081 917005200055



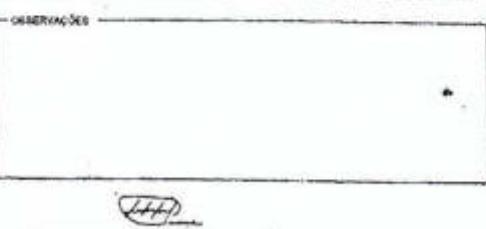
VALORES DA TERRA  
EM TERRITÓRIO NACIONAL

980151096



卷之三

600-7



LOCAL	BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO
			30/01/2015
		JUSCELINO Kubitschek PIBERNA DIRETOR PRESIDENTE	92485240616 92207968020
AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO			
ESTADO DE RORAIMA			