

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site 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, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIH-DI?CAWEL/DOCUMENTAL/ASPR/TPQ_1&CODIGO_290-16

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, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Supervisão de Seguros Privados - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVA; **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 9.611/98.

Pelo exposto, eu: João Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:

Altomir Nascimento de Souza Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 034.177.932-28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima: Altomir Nascimento de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o nº 034.177.932-28 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recusa 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: Rua: Antônio Pinheiro Galvão

Bairro: Surutis Cidade: Boa Vista

E-mail: joaoirxx@hotmail.com

Número: 1832

Complemento: _____

Estado: RR

CEP: 69.309-209

Telefone: (95) 99154-4282

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

Assinado(a) por: [Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1430
CIVE

2001229877

12/03/2020 11:45:15

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

14

Paciente

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

Data Nascimento

06/06/1998

Idade

21 A 9 M 6 D

CNS

70630675112573

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

RITA SARAIVA DOS SANTOS

INFORMADO

Contato

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA

Endereço

RUA - PARIME BRASIL - 922 - CARANA - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal

traído pelo socorrista

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

colisão moto x carro, si ejecei de capote.
Repre dor em perna e pé (E).

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

trauma de extre m. de bda

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(1) Diquime lo (EV)
(2) Diclofenac 75mg (EV)

Francisca Alves Oliveira
COREN-RR 407366 Adv. Inf

Dr. Eldir Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1878/RR

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: ortopedia

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

© 2020
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
C.R. - Impressão em Lã de Algodão
VL 438C-013649



2001229877



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

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](#)



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
	NOME	ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DIGIT. IDENTIDADE FEDERAL	114807 SBU BUA	
	CNPJ	383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	FILIAÇÃO	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
		COGNOME	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA
	PERMISSÃO	ACC	GATADO AB
	APRESENTAÇÃO		
NR REGISTRO	VALIDADE	T. HABILITAÇÃO	
01101912304	28/01/2026	15/12/1999	
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL	DATA DE EMISSÃO		
BOA VISTA - RORAIMA	30/01/2015		
	MARCELINO RODRIGUES PEREIRA DIRTOR PRES. GERAL		92485240616 BR207960020
ASSINATURA DO EMISOR			

750009.000000001081.917005200055





ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

FILIAÇÃO.....: RITA SARAIVA DOS SANTOS
ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA
NASCIMENTO.....: 05/06/1968
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....: R.G. - 3912049 - 21/10/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 014.177.932-28

TÍT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: 38TE-RR BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 15/12/2016

CNH.....:
SEÇÃO:

ZONA:

Magno P. Silva - F. 15/05/1968
Magno P. Silva - F. 15/05/1968
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego-RR

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 FILHO **Data do acidente:** 12/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração 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 Juvenal F. Lima, 589, Caranã

OUTORGADO

NOME: Rleir Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão-1832, Curitiba

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
Altamir Nascimento de Souza Filho
OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 14 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 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

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

054.177.932-28 Altomir Nascimento de Souza Filho

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

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

Altomir Nascimento de Souza Filho 054.177.932-28 Autônomo Rua: 50 PM Arineu F Lima 589 Coração Boa Vista RJ 69.353.580 glauver@hotmail.com (95)991541282

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

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

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: CARANA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALTAMIR 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 RITA SARAIVA DOS SANTOS e ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA, endereço: SD PM ARINEU F. LIMA, cep: 69306-000, Nº: 589, bairro: CARANA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99146-5120.

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 UM CARRO GOL QUE VINHA NA SUA FRENTE FREIOU BRUSCAMENTE NO MEIO DA VIA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR ASSIM O MESMO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DO CARRO QUE COM A COLISÃO O MESMO SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

Altamir Nascimento de Souza Filho
ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO
COMUNICANTE



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Caetano de Almeida, 491, Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.141.933/0001-46 (Insc. Estadual: 25.061.022-9)
Nota Fiscal (Fornecedora de Energia Elétrica - Serenidade)
Registro Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ RR/RR

Nº da Nota Fiscal: 50348597

0130280-9

A tarifa fiscal de energia elétrica - 1488 P/CAAT#
pela Lei nº 10.421 de 24 de maio de 2002.

ABRIL/2020

06/05/2020

148

132,05

ELIANA SARAIVA DOS SANTOS
R. 50 PM ARINEU F LIMA 589 CARANA
CEP: 69 114-580 - BOA VISTA

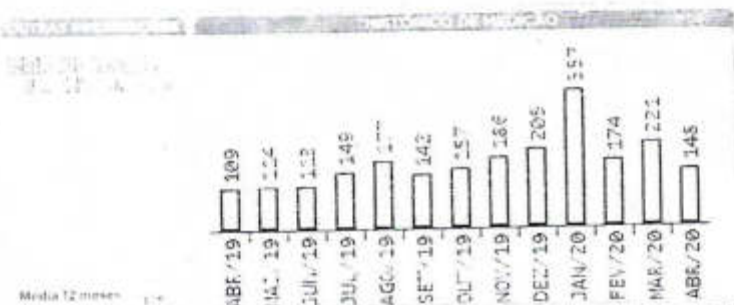
CPF: 00038311135215

DADOS DA LEITURA (KW/h)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21.14	Atual: 21.14	Grupo/Subgrupo: 111111
Anterior: 21.14	Anterior: 21.14	Class/Subclass: 111111
Variação: 0.00	Variação: 0.00	Legião: 111111
Consumo de energia: 0.00	Consumo de energia: 0.00	Sistema Medidor: 111111
Consumo de energia: 0.00	Consumo de energia: 0.00	Forma de Faturamento: 111111
Consumo de energia: 0.00	Consumo de energia: 0.00	Modalidade: 111111

CONSUMO
ILUMINAÇÃO PÚBLICA

148 A R\$ 0,764425 = 113,13

18,92



Média 12 meses: 145

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LISTE ATRIBUÍDO O DIA DE VENCIMENTO 16/05/2020
Sendo assim, a partir do dia 22-04-2020, não constatarão faturas vencidas para o cliente em questão.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Consumo	Valor	Tributos	Valor			
11.14	8.44	1.40	1.40	11.14	ICMS: 17.00%	(19.25)
					PIS: 0.65%	(0.43)



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

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](#)



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VALOR EM TOCO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	NOME ILOIR INACIO DE SOUZA		
	DOC IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE) 114807 SSP RJ		
	CNPJ 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
	FRAÇÃO JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO		
	ONÍRIA INÁCIO DE OLIVEIRA		
	PERMISSÃO CONDIÇÃO	ACC CONDICIONADO	GATINHO A.B.
	Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2026	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999
VALOR EM TOCO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	OBSERVAÇÕES		
	 ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL BOA VISTA - ROPALMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
	92485240616 RK207968020		
VALOR EM TOCO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	FUNDADO MONTESHER PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE _____ ASSINATURA DO EMISSOR		
	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015		

750009.000000001081.917005200055

