
Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602430

Vítima: WILTON BORGES CARVALHO

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILTON BORGES CARVALHO

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602430

Vítima: WILTON BORGES CARVALHO

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILTON BORGES CARVALHO

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 02/03/2019, emitido pelo Dr. PEDRO DI GIOVANNI CRM nº 1615 - PR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR, 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:

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):

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: 3905 CONTA: 6328 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

25 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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, 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: 033237/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2019 09:43 Data/Hora Fim: 02/10/2019 10:04
Origem: Polícia Judiciária Data: 02/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 02/03/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Carmelo
Complemento: Cruzamento com a Avenida Laura Pinheiro Maia
Ponto de Referência: Praça Germano Sampaio
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILTON BORGES CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Zé Doca	Sexo: Masculino	Nasc: 20/01/1977
Profissão: Motoboy		Escolaridade: Ensino Fundamental Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Izaura Borges Carvalho		Nome do Pai: Raimundo Nonato Carvalho	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 594.741.652-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua César Nogueira Júnior
Complemento: Casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99111-1543 (Celular)

Nº: 930

24 OUT. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 594.741.652-20	Placa NAZ-7268
Renavam 01020878247	Número do Motor KD05E5E225761
Número do Chassi 9C2KD0550ER225761	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033237/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Wilton Borges Carvalho		Proprietário	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01864807127), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta também já devidamente descrita acima, pela Rua Carmelo e ao tentar adentrar na Avenida Laura Pinheiro Maia, foi "fechado" por outra motocicleta que transitava na mesma rua e sentido e para não colidir na mesma, desviou, vindo a perder o controle e cair. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. Que não tem uma informação sobre a motocicleta identificadora **e por esse motivo não deseja representar criminalmente. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000929

02 OUT. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Wilton Borges Carvalho
(Vítima / 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

24 OUT. 2019

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: 594.741.652-20 4 - Nome completo da vítima: Wilton Borges Carvalho

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

5 - Nome completo: Wilton Borges Carvalho 6 - CPF: 594.741.652-20

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua: Cezar Nogueira Junior 9 - Número: 930 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Pinhalândia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: _____

15 - E-mail: WLOIPRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 3905 CONTA: 6328 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 24 OUT. 2019

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 20/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.077.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela DEFAZ 302/13

Nº da Nota Fiscal

003675985

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	06/10/2019	487	346,28

RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO
R. CEZAR NOGUEIRA JUNIOR 930 PINTOLANDIA
CPF: 00010023747315

CEP: 69.316-200 - BOA VISTA ROT: 8.001.16.10.039100

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DADOS DA LEITURA	
Atual		42133		Atual	18/09/2019
Anterior		41646		Anterior	21/08/2019
Consumo de Medição		1,000		Próxima Leitura	18/10/2019
Consumo Médio		487		Emissão	17/09/2019
Consumo Faturado		487	FCAM	Apresentação	18/09/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

RESID. BA. RENDA	BT	62654241	4	1410010	1.6.1.2	588
------------------	----	----------	---	---------	---------	-----

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	Consumo		
AGO/19	598	CONSUMO	30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19	598		70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19	435		120 A R\$ 0,675410 = 81,04
MAI/19	532		267 A R\$ 0,750449 = 200,36
ABR/19	440	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	52,31
MAR/19	600	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,50
FEV/19	706		
JAN/19	696		
DEZ/18	606		
NOV/18	682		

SEU TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,217580
31 A 100 - 0,372840
101 A 200 - 0,528100
201 A 300 - 0,683360
301 A 400 - 0,838620
401 A 500 - 0,993880
501 A 600 - 1,149140
601 A 700 - 1,304400
701 A 800 - 1,459660
801 A 900 - 1,614920
901 A 1000 - 1,770180

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08002019100-1 PARA OPÇÃO VENCIMENTO 1 0 11 18 21 26
Parabéns! Até o dia 17/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

REGIME DE FISCALIZAÇÃO

0165 4557 7555 4852 C305 0064 4030 5500

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	82,25	Base de Cálculo	320,78
Energia	174,42	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	54,53
Encargos	9,06	Valor do PIS	0,07
Tributos	0,00	Valor do COFINS	0,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			

DISTRITO	07/2019	169,67
----------	---------	--------

ROT: 8.001.16.10.039100



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.077.022-3

UF	CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
RR	0033262-3	346,28
DATA FATURADA	VENCIMENTO	
09/2019	06/10/2019	

Nº da Nota Fiscal: 003675985 - FCAM

83650000003 6 46280075000 4 00000000033 1 26230919008 6





Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Góes, 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 impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº de Nota Fiscal 003319917

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Obrigo Fct	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo		CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 = 149,86
JUN/19	158	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	42,55
MAI/19	100		
ABR/19	178		
MAR/19	263		
FEV/19	237		
JAN/19	231		
DEZ/18	209		
NOV/18	370		
OUT/18	345		
SET/18	246		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 196 - 0,604602

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda a inclusão desta(s) vencida(s) e a reavizada(s) no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81



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

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº de Nota Fiscal:

003319917 FCM

83680000001 / 924100/5000 0 00000000108 1 91530719000 1



24 OUT 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flóir Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilton Borges Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 594.741.652 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Incêndios da Vítima Wilton Borges Carvalho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 594.741.652 / 20, 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: _____
Bairro: <u>Buxit's</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>florir@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(95)99154-4282</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/10/19.

Assinatura do Declarante

24 OUT. 2019



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

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassification

☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901079320		02/03/2019 08:58:15		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		2	
Paciente WILTON BORGES CARVALHO				Data Nascimento 20/01/1977		Idade 42 A 1 M 13 D		CNS		CPF 59474165220	
Tipo Doc IGNORADO		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil NAO	
Mão								Raça/Cor PARDA		Naturalidade BRASIL	
Mãe IZAURA BORGES CARVALHO								Contato (95) 99121-9560			
Endereço RUA - MARIA SANTA DA SILVA - 530 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR										Ocupação NÃO INFORMADA	
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	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA				Procedimento Sol.				Registrado por: OZIREZ.PRADO	
Queixa Principal						☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem								GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Acidente motociclístico com</i> <i>Exercícios em MMFI.</i> <i>Dor em ombro (E)</i>											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
24 OUT. 2019											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
1) Dexametazona 4mg (E)											
2) Hidroclor 40mg (E) NTF											
Condução											
☐ Alta por Decisão Médica											
☐ Alta a Pedido											
☐ Alta a Revelia											
☒ Transferência para: <i>ortopedia.</i>											
☐ 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: ozires.prado Data Hora: 02/03/2019 08:58:39											
© 2019 SISTEMA - Soluções em Tecnologia RUA N.º 11 - 11.000.000						 1901079320					

Ortopedia

Dr. Pedro

Paciente em tratamento Ortopedia (E)

Radiografia Tornozelo Anterior (E) + Anterior

H.2 10 meses

C.12 Redução + Imobilização + Analgesia

Soluções Rx Control

Dr. Odinachi Okemki
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RP

↳ Rx de controle: redução a tônica, proteção da
grande tuberosidade com devio.

C.D. Tibio

Alta da Ortopedia, com orientações
educacionais e retorno com Rx. H.2

André Di Giovanni
Ortopedista
CRM: 15 / RQE: 684



24 OUT. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

1750997674

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1750997674

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: WILTON HONDES CARVALHO

CPF: 307382910-458 INX

DATA DE NASCIMENTO: 19/01/1977



ENDEREÇO: RUA DO NOROESTE, 123456789
Cidade: RORAIMA, Estado: RORAIMA, CEP: 65000-000

Nº Registro: 01864807127

VALIDADE: 14/04/2021

PLACAMENTO: 30/05/2001

Observações:

EAR

Assinatura do Portador

LOCAL: BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO: 18/02/2018

Assinatura do Emissor

RORAIMA

24 OUT. 2019

24 OUT. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA			
		DOC. IDENTIDADE / C.R.G. (CLASSIFICACAO) 114807 SSP RJ	
CPF 383.061.512-04		DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO			
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA			
PERMISSÃO 		ACC 	
CATEGORIA AB		N° REGISTRO 01101912304	
VALIDADE 28/01/2020		1ª HABILITACAO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES 			
ASSINATURA DO PORTADOR 			
LOCAL BOA VISTA - BOFATIMA		DATA DE EMISSAO 30/01/2015	
ASSINATURA DO EMISSOR  ANSELMO KANDIQUEN PEREIRA DIRETOR PROVISORIO			
ASSINATURA DO EMISSOR			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013774665892

VIA 01 01020878247
COD. RENAVAM 01020878247
RNTIC 2019

WILTON BEHAGES CARVALHO

594.741.652-20
PLACA ANT./UF
922KD0550ER226761

ESPECÍFICO
MARCA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

PLACA NO27268
CHASSI
922KD0550ER226761

ALCO/GASOL
COMBUSTÍVEL

CATEGORIA
PARTICU

COR/PREDOMINANTE
VERMELHA

VENO/COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
R\$185,5

DATA DE PAGAMENTO
05/11/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DA RUA

MAZON DOLE
Antonio Francisco Bezerra Marques
BOM VIATOS - Diretor Presidente
DETRAN-RR

RR Nº 013774665892 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

VIA 01 594.741.652-20
RENAVAM 01020878247
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

PLACA NO27268
CHASSI 922KD0550ER226761

ANO FAB. 2014
COR/PREDOMINANTE VERMELHA

VENO/COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO
R\$185,5

DATA DE PAGAMENTO
05/11/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DA RUA

MAZON DOLE
Antonio Francisco Bezerra Marques
BOM VIATOS - Diretor Presidente
DETRAN-RR

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
013774665892
547685911

24 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190602430 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILTON BORGES CARVALHO **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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: *PÁG. 2 - DR. PEDRO DI GIOVANNI - CRM 1615 (PR), de 02/03/2019.

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