

PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

Pelo presente instrumento de procuração o (s) Outorgante (s)
confere (m) poderes ao (s) Outorgado (s) na forma a seguir

outorgante Antônio Sousa de Brito,
nacionalidade: brasileiro, estado civil: _____,
profissão: Autônomo, portador do CPF nº 665.122.413-921-04
portador da R.G nº 198912, SSP/RR, residente e domiciliado na
Rua Espanha, nº 262, Bairro Cauembe, nesta
Capital.

OUTORGADOS Dra. DULCEMARY CARDOSO DA SILVA, brasileira,
solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o n 306-B, com escritório profissional
situado na Rua Dom José Nepote, 1.055, Bairro São Francisco, Boa Vista/RR, CEP
69.305-070, Fone (095) 99119 4878, onde deverão ser entregues as correspondências
forenses.

PODERES para **FORO EM GERAL** confere amplos e gerais poderes, com a
Cláusula **AD JUDICIA ET EXTRA** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo
propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias,
seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,
conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência de
pedido renunciar direito a que se funda a ação, desistir, assinar tudo quanto se tornar
necessário, praticar e opinar sobre todos os atos do processo, transigindo em juízo ou fora
dele, fazer acordos, firmar compromissos judiciais ou extrajudiciais, receber dar quitação,
receber alvará e levantar a importância em nome do outorgante em
qualquer agência Bancária referente a presente ação, bem como os
poderes previstos na parte final do arts. 103 e 105 sgtes do CPC, para propor **Ação de**
Indenização do Seguro DPVAT em desfavor da Seguradora Lider dos
Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Boa Vista (RR), 09 de Dezembro de 2019.

x Antônio Sousa de Brito
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ANTONIO SOUSA DE BRITO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF 198912 SSP RR	
CPF 665.224.392-04	DATA NASCIMENTO 11/11/1980
FILIAÇÃO JOSE ALVES DE BRITO MARIA DE LOURDES SOUSA DE BRITO	
PERMISSÃO	ACC CAT HAB AB
Nº REGISTRO 03759708385	VALIDADE 17/11/2021
1ª HABILITAÇÃO 21/12/2005	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Antonio Sousa de Brito</i>	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 22/11/2016
ASSINATURA DO EMISSOR FRANCISCO ASSIS DA SILVEIRA DIRETOR PROTEMPTE INTERNO RR209049812	
DET. TRAN. RR (RORAIMA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1356306894

PROIBIDO PLASTIFICAR
1356306894

24 OUT. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033926/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 10:07 Data/Hora Fim: 07/10/2019 10:21
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/12/2018 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: BR-174

Bairro: Nova Cidade

Ponto de Referência: Último viaduto
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO SOUSA DE BRITO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Coroaá	Sexo: Masculino	Nasc: 11/11/1980
Profissão: Autônomo	Escolaridade: Ensino Médio Completo		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Spusa de Brito	Nome do Pai: José Alves de Brito		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 665.224.392-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Espanha
Complemento: Casa
Bairro: Cauamé

Nº: 262

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 665.224.392-04	Placa NAQ-4136
Renavam 01121757321	Número do Motor KC25E0H053201
Número do Chassi 9C2KC2500HR053182	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Cantá	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Sousa de Brito	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/10/2019 10:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

24 OUT. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033926/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (nº 03759708385), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta de sua propriedade também descrita acima, onde veio a dormir, perder o controle e cair. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 64200090

07 OUT. 2019

Antonio Sousa de Brito

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Antonio Sousa de Brito
(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 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

24 OUT. 2019



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/10/2019 10:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

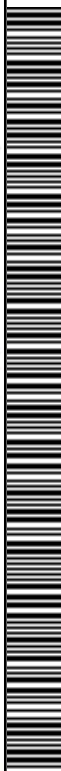
*Órgão Emissor: HOSPITAL CORONEL MOTA CNS: 700.4074.2409.7645 TFD Nº

*PACIENTE (obrigatório)	Nome ANTONIO SOUSA DE BRITO		Data de Nascimento 11/11/1980
	Profissão DESEMPREGADO	CPF: 665.224.392-04	Documento Identidade 198.912 SESP/RR
	Endereço completo RUA: JOSE QUEIROZ, Nº 2119 AP, BAIRRO: BURITIS		Telefone: 99126-1135
*ACOMPANHANTE	Nome:		Documento Identidade
	Endereço completo:		Relação com Paciente:
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome: PATRICK RABELO JOSE		Especialidade ORTOPEDISTA
	CPF 79451357120	RG 1685871-9	CRM: 1383
	Endereço completo: HOSPITAL CORONEL MOTA		CNS
			TELEFONE 2121-7485

*Procedimento solicitado: O.S DE FRATURA COTOVELO (E)	*Código do procedimento: 04.08.02.054-7
	*Diagnóstico Inicial (CID-10): S.42-4
*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual): FRATURA GRAVE DO COTOVELO (E).	
*Condições que justificam a internação: TTO. CIRÚRGICO.	
*Principais resultados de provas Diagnósticas: ANAMNESE + EX FÍSICO + IMAGEM.	
*Justificativa para solicitar internação: TTO CIRÚRGICO.	

Condições hemodinâmicas (Incluindo necessariamente a mensuração da PA):		Padrão Respiratório:	
Funções Renal e Hepática:		Estado Neurológico Sumário:	
Estado Nutricional:		Caracterização de eventual Urgência do procedimento:	
História Progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso e alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos:		Informação sobre dado de Exame Físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (Podem ser na forma estruturada ou não):	
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado:	VOO CONVENCIONAL.		

24 OUT. 2019



Hemograma completo		Coagulograma completo:	
Creatinina:		Glicemia de Jejum:	
Eletrocardiograma:		Radiografia de Tórax (Para maiores de 60 anos):	
Relatório de Risco Cirúrgico (Coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5):			
*Tratamento realizado: LMC.			
*Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado: NÃO HÁ MATERIAL.			
*Justificar em caso de necessidade de encaminhamento Urgente FRATURA ARTICULAR.			
*Justificar em caso de necessidade de Acompanhante: GRANDE CIRURGIA.			
*Duração provável do Tratamento: A CRITÉRIO DO SERVIÇO.			
Outras anotações:			

Local e Data:

Boa Vista-RR, 21/FEV/2019.

24 OUT. 2019

Patrick Rabelo José
Médico e Traumatologista
CRM 1283-ROE 164
Assinatura e Carimbo

Médico Coordenador do Serviço
Assinatura e Carimbo

Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social:

DEFERIDO INDEFERIDO
COM SEM ACOMPANHANTE

PROVIDENCIAR

DATA

Presid. JM-TFD=SESAU-RR

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório

NIR



401-3

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIÁ ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Antonio Souza De Brito, de 38
data de nasc: 1/1 contato: (95)- 99152 2030 / 98408-4882, com o diagn
Fx lateral = (E), tendo como indicação o procedimento: Osteossíntese Fx lateral
da ESPECIALIDADE ORTOPEDIA, sem data de agendamento no momento até normalização do
eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 c
antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profis
da área. Portanto assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realizaçã
procedimentos, o serviço de ORTOPEDIA irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato ac
acordo com as prioridades médicas e as previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 14/02/15 com o
DR. Patricio, para acompanhamento extra hospitalar até normalização da situ
contato da unidade para realização do procedimento indicado.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer
medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exam
operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES
PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definid
documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na
horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo es
situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: É de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgime
alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como:
formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente
retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Ailton Rocha -
onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo nece
irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/ROR

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

Antonio Souza de Brito

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/H

Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 2121 0620
E-mail: direcao geral.hgr@gmail.com

DIREÇÃO GERAL DO HGR

GOVERNO
DO POVO

24 OUT. 2019

Luis B. Galvão
CRM-RR 1208
Coordenador NIR



LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

*Órgão Emissor NOME DA UNIDADE Hospital Geral De Roraima		CNS	TFD Nº
*PACIENTE (obrigatório)	Nome Antonio Sousa De Brito	Data de Nascimento 11/11/1980	
	Profissão Ajudante Pedreiro	CPF 665224392-04	Documento de Identidade 198.912
	Endereço Completo Avenida Uiramutã, 589, Bairro Pólo, Boa Vista, RR		
*ACOMPANHANTE	Nome Rodrigo Sousa De Brito	Telefone 984054882	
	Endereço Completo Rua 829, #1028, Senador Helio Campos, Boa Vista, RR	Documento de Identidade 400442-6	
	Relação com Paciente Irmão		
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome Dr Patrick Rubelo	Especialidade	
	CPF	RG	CNS
	Endereço Completo Hospital Geral De Roraima		Telefone

*Procedimento solicitado Fratura de cotovelo esquerdo		*Código do procedimento 04.08.02.007-5
*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual) Paciente com limitação de ADM em cotovelo esquerdo. Pulso presentes.		*Diagnóstico inicial (CID-10) S424
*Condições que justificam a internação Tratamento cirúrgico		
*Principais resultados de provas diagnosticadas Anamnese + Exame físico + Radiografia		
*Justificativa para solicitar internação Procedimento cirúrgico		

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA)	24 OUT. 2019	Padrão respiratório	
Função renal e hepática		Estado neurológico sumário	
Estado nutricional		Caracterização de eventual urgência do procedimento	
História progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso de alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos		Informações sobre dado de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não)	
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado			

Hemograma completo		Coagulograma completo	
Creatinina		Glicemia em jejum	
Eletrocardiograma		Radiografia de Tórax (para maiores de 60 anos)	
Relatório de Risco Cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5)			
*Tratamento realizado <i>cirurgico</i>			
*Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado <i>Falta de material</i>			
*Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente <i>Sim, lesão traumática aguda</i>			
*Justificar em caso de necessidade de acompanhante <i>Sim, paciente com sequelas neurológicas</i>			
*Duração provável do tratamento <i>Depende do Serviço</i>			
Outras anotações			

Local e Data Boa Vista-RR,	
Médico solicitante (assinatura e carimbo)	Médico Coordenador do Serviço (assinatura e carimbo)

Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social	
DEFERIDO	INDEFERIDO
COM ACOMPANHANTE	SEM ACOMPANHANTE
PROVIDENCIAR	
Data	Assinatura e Carimbo
Presid. JM-TFD=SESAU-RR	Assinatura e Carimbo

Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório



GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Amburê Sousa de Brito

RECEBUEIRO

Laudo Média

559.7

Paciente tem desde dezembro de 2018,
dor no cotovelo esquerdo; evolui e/
piorando a dor do cotovelo e (pode
ser) é incapaz de segurar um
objeto. Ao inspec

DATA

18/07/15

Patrick RABELO José
Cap. OCS PM
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ 1383 RQE 184
Joelma

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Coronel Faria 536 - Centro São José do Rio Preto
FONE (16) 3333-1111 - FAX (16) 3333-1112

24 OUT. 2019

401-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Sousa De Brito, 38 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30 / 12 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta dos Ossos de tornozelo (E)

NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31 / 01 / 19, ÀS 12,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14 / 02 / 19, ÀS 13,00hrs, COM O
DR. Patrick

Reagende na Reapreciação 14/02

ORIENTAÇÕES GERAIS :

24 OUT. 2019

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Okemiri

BOA VISTA, 31 / 01 / 19

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18617/RR

MEDICO

Hemograma completo		Coagulograma completo	
Creatinina		Glicemia em jejum	
Eletrocardiograma		Radiografia de Tórax (para maiores de 60 anos)	
Relatório de Risco Cirúrgico coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5)			
Tratamento realizado <i>LMC</i>			
Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado <i>Não há material</i>			
Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente <i>Frotas articulares</i>			
Justificar em caso de necessidade de acompanhante <i>Com o amigo</i>			
Duração provável do tratamento <i>A altura do sono</i>			
Outras anotações			
Local e Data Boa Vista-RR, <i>21/09/19</i> <i>Patrick Rabelo José</i> Ortopedista e Traumatologista CRM/RR 1383-RQE 164 <i>Dulcemary L. Mangabeira</i> Médica Intendista Membro da SSI CRM/RR 413 Médico solicitante (assinatura e carimbo) Médico Coordenador do Serviço (assinatura e carimbo)			
Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social			
DEFERIDO		INDEFERIDO	
COM ACOMPANHANTE		SEM ACOMPANHANTE	
PROVIDENCIAR		Assinatura e Carimbo	
Data		Assinatura e Carimbo	
Presid. JM-TFD=SESAU-RR		Assinatura e Carimbo	
Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório			





LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

*Órgão Emitente NOME DA UNIDADE		CNS	TFD N°
*PACIENTE (obrigatório)	Nome Antônio Sousa da Silva	Data de Nascimento	
	Profissão	CPF	Documento de Identidade
	Endereço Completo		Telefone
*ACOMPANHANTE	Nome	Documento de Identidade	
	Endereço Completo	Relação com Paciente	
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome	Especialidade	
	CPF	RG	CRM
	Endereço Completo	CNS	
Telefone			

*Procedimento solicitado O.S. de fôrto do cabelo @	*Código do procedimento 0408020549
	*Diagnóstico inicial (CID-10) S42.4

*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual)
Fôrto gorce do cabelo @

*Condições que justificam a internação
Tto cirurgia

*Principais resultados de provas diagnosticadas
Anamnese de 12/12/19

*Justificativa para solicitar internação
Tto cirurgia

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA)	Padrão respiratório
Função renal e hepática	Estado neurológico sumário
Estado nutricional	Caracterização de eventual urgência do procedimento
História progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso de alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos	Informações sobre dado de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não)
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado V.O. com segurança	



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Antônio Sousa de Brito
ESTADO CIVIL: _____
RG nº. 198912 PROFISSÃO Autônomo
CPF/MF nº. 665.224.392-04
ENDEREÇO: Rua Espanha N° 262 Cauama

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 09/09/2019 de 2019.

Antônio Sousa de Brito

ANTONIO SOUSA DE BRITO

FILIAÇÃO..... MARIA DE LOURDES SOUSA DE BRITO
JOSE ALVES DE BRITO

NASCIMENTO.... 11/11/1980

ESTADO CIVIL... SOLTEIRO

NATURALIDADE: COROATÁ - MA

DOCUMENTO..... R.G. - 198912 - 3001/1998 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 666.224.392-04

TIT. ELEITOR: 2692512615

LOCAL DE EMISSÃO: SATEFR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 18/07/2018

CNH.....

SEÇÃO: 0513

ZONA: 001

Supra *1.000.000*

MARCO FILIO DELA FLORA
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego-RR

126.44683.66-3

7512608 0050 RR

Antonio Sousa de Brito

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO	DIABETE	EMPREGADOR	
FACTOR RH	☐ SIM ☐ NÃO	COCOP/CEI	
		ENDERECO	
ALERGIAS		MUNICIPIO	
☐ SIM ☐ NÃO		EST. DO ESTABELECIMENTO	
DOADOR DE ORGÃOS (Dele. nº 879, de 12 de julho de 1993)		CARGO	
☐ SIM ☐ NÃO		OSON	
CARTEIRAS ANTERIORES		DATA DE ADMISSÃO	
NÚMERO	SÉRIE	DE	DE
2171958 0020	RR	23/05/07	
19/07/18	01	REGISTRO Nº	
DATA DA ANOTAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	REMUERAÇÃO ESPECIFICADA	
NÚMERO	SÉRIE	DATA DE SAÍDA	
		DE	
NÚMERO	SÉRIE	COM. DISPENSA CD Nº	
		FGTS Nº DA CONTRA	
			07



Para contato
consulte este número



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal: 003264842

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	06/08/2019	345	297,82

MARIA DO CARMO VIEIRA DE OLIVEIRA

R. ESPANHA 262 CAUAME

CPF: 00025519042349

CEP: 69.311-051 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.05.131100

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	41115		Atual: 18/07/2019
Anterior:	40770		Anterior: 17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 18/08/2019
Consumo Medido:	345		Emissão: 17/07/2019
Consumo Faturado:	345	FCAM	Apresentação: 18/07/2019

NORMAL	31
--------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	12EDB016210	1519281	1.1.1.2	410

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 289	CONSUMO 345 A R\$ 0,764602 = 263,78
MAI/19 457	ILUMINACAO PUBLICA 34,04
ABR/19 543	
MAR/19 482	
FEV/19 384	
JAN/19 389	
DEZ/18 399	
NOV/18 564	
OUT/18 330	
SET/18 385	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 345 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/07/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FC18.666D.F5C3.3AED.D00F.AB00.343C.2334

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 67,77	Base de Cálculo: 263,78
Energia: 143,71	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 44,84
Encargos: 7,46	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 44,84	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
5,68			14,00			1,03

FLORESTA	05/2019	149,94
----------	---------	--------

ROT: 11.001.18.05.131100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0057100-8	297,82
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	06/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 003264842	FCAM

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

83670000002 6 97820075000 5 00000000057 0 10080719008 5



SEQ.: 00139 UC: 0057100-8 DT.LEIT.: 18/07/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 41115 NORMAL TOTAL: 297,82 CARGA: 004
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1301

24 OUT. 2019

24 OUT 2019

SINISTRO 3190602584 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SOUSA DE BRITO
COBERTURA invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO ANTONIO SOUSA DE BRITO
CPF/CNPJ: 66522439204

Posição em 12-11-2019 10:27:33
O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

