



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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664957

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000059267-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00483/00484 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trfrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6E2 E39S9 L4R3E 2QTMR

## PROCURAÇÃO

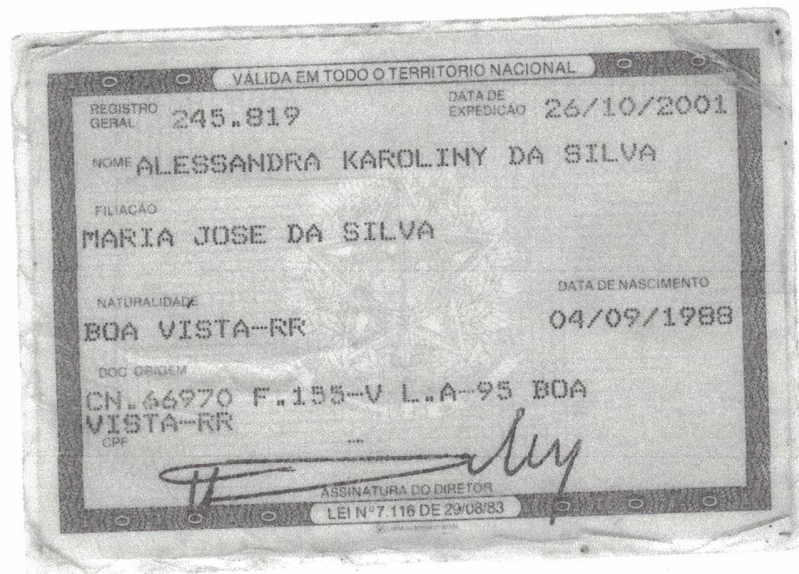
Eu, Alexsandra Karoliny da Silva, brasileiro (a), Solteira, Professora, portador (a) da cédula de identidade RG nº 245.819, inscrito (a) no CPF sob o nº 997.316.572-15, residente e domiciliado (a) na Rua: J, nº 157, Bairro Cidade Satélite, CEP 69.317.510, telefone nº 99133-2793 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 14 de Janeiro de 2020.

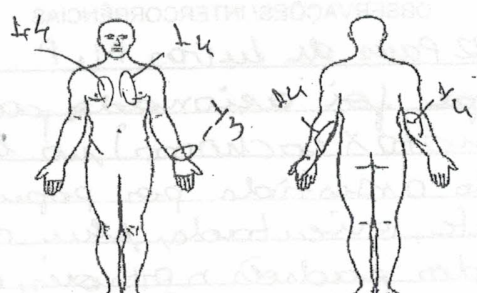
Alexsandra Karoliny da Silva

**OUTORGANTE.**







PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0594		SAMU 192	
EQUIPE SAMU BV		BRAVO III		EQUIPE: Tec. Teófilo		COR: Adilson	
Paciente: Alessandra Karoline da Silva		Idade: 30		Sexo: F			
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia					
Endereço: Rua D. Aparecido		Bairro: Cidade Satélite					
Nº 5176		DATA 01/04/2019		HORA J/9: 10:24		BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO	
Médico (a) Regulador (a): Drª Leidianna		HORA J/10: 10:36				[X] CELULAR	
MOTIVO INICIAL: MOTO X ANIMAL							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]		1 a 3 horas ( )		4 a 24 horas ( )		Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA							
[X] Acidente de trânsito		[ ] Urgência psiquiátrica		[ ] Queimadura		[ ] Urgência obstétrica	
[ ] Agressão física / espancamento		[ ] Tentativa de suicídio		[ ] Choque elétrico		[ ] Transferência	
[ ] Agressão física - FAF		[ ] Envenenamento		[ ] Queda		[ ] Exame complementar	
[ ] Agressão física - FAB		[ ] Afogamento		[ ] Urgência clínica		[ ] Outros	
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA	
[ ] Pedestre		[ ] A pé		[ ] Automóvel		[ ] Capacete	
[X] Condutor		[ ] Ônibus		[ ] Motocicleta		[ ] Cinto de segurança	
[ ] Passageiro		[ ] Micro-ônibus		[ ] Ônibus		[ ] Airbag	
[ ] Ignorado		[ ] Outro		[ ] Micro-ônibus		[ ] Assento para criança	
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
[X] Livre		[ ] Apnéia		[ ] Bradicárdico		[ ] Miose	
[ ] Obstrução Parcial		[ ] Dispnéia		[ ] Enchimento capilar acima de 2"		[ ] Midríase	
[ ] Obstrução Total		[ ] Bradipnéia		[ ] Pulso radial ausente		[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E	
[ ] Corpo estranho		[ ] Taquipnéia		[ ] Pulso central ausente		[ ] Aparentemente Alcoolizado	
[ ] Outro:				[ ] Cianose central		[ ] Agitação psicomotora	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início 10:48	110 x 80	84	21	96			2
Fim 11:08	100 x 70	71		98			15
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR	
1 - Dor						[X] Espontânea	
2 - Hematoma						[ ] Ao comando	
3 - Contusão						[ ] A dor	
4 - Escoriação						[ ] Sem resposta	
5 - Laceração						RESPOSTA VERBAL	
6 - Luxação						[X] Orientado	
7 - Fratura fechada						[ ] Confuso	
8 - Fratura exposta						[ ] Palavras inapropriadas	
9 - Amputação						[ ] Palavras incompreensíveis	
10 - Evisceração						[ ] Sem resposta	
11 - Afundamento de crânio						RESPOSTA MOTORA	
12 - Ferimento penetrante						[X] Obedece a comandos	
13 - Tórax instável						[ ] Localiza a dor	
14 - Enfisema subcutâneo						[ ] Movimento de retirada	
15 - Ferida aspirativa						[ ] Flexão anormal	
16 - Empalamento						[ ] Extensão anormal	
17 - Outros						[ ] Sem resposta	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA			
[X] Ritmo Sinusal		[ ] FV		[ ] Neurológica		[ ] Diabetes	
[ ] Taquicardia Sinusal		[ ] TV		[ ] Respiratória		[ ] Cardiopatia	
[ ] Flutter Atrial		[ ] AESP		[ ] Cardiovascular		[ ] HAS	
[ ] Fibrilação atrial		[ ] Assístolia		[ ] Digestiva		[ ] Medicação de uso	
GRAVIDADE COMPROVADA		[ ] Ileso		[ ] Pequena		[ ] Média	
						[ ] Severa	
						[ ] Óbito	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTES		MEIOS ACIONADOS		BOMBEIRO			
[ ] Cancelamento		[ ] Polícia Militar		[X] Bombeiros			
[ ] Recusa de Atendimento [ ] Hospitalização		[ ] Guarda Municipal		[ ] Outros: emur			
[ ] Não se encontrava no local		[ ] SMTRAN					
[ ] Trote							
RCP		[ ] Iniciada as: [ ] Término às:		[X] RCP com sucesso		[X] RCP sem sucesso	
DESTINO		[ ] Atendido no local		[ ] Pol. Cosme e Silva - PCCS		[ ] Hosp. Unimed	
[X] Trauma HGR		[ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA		[ ] Hosp. Lotte Iris - HLI		[ ] Outros	
[ ] Pronto Atendimento / HGR		[ ] HMINSN					



PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE							
Idade Gestacional:		<input checked="" type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes		<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva			
Perda de líquido:		<input checked="" type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.		<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante			
BCF:		<input checked="" type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s		<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n°	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° 19	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tilatil	40mg	EV	10:59				
Água destilada	20ml	—	—				

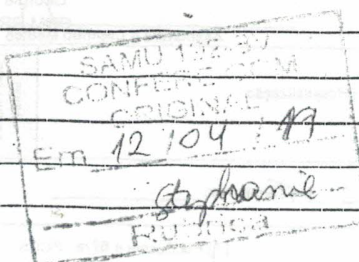
material  
02 atadura 10cm.  
01 agulha 40x12

01 seringa 10ml  
01 Scalp 19 / 02 pares de luvas M, P

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

À 10:24 a equipe foi acionada para uma ocorrência traumática (motorista cachorro) no local encontramos a vítima sendo assistida por populares em decubito dorsal, consciente, orientada, sem capote, sinais vitais dentro dos padrões normais, feito abordagem primária constatando lesões fraturas na figura - comunicado ao médico regulador que tomou conhecimento do quadro clínico da vítima e autorizou fazer analgesia citada no quadro acima e encaminhá-la para o Hospital.

Tacimar da Silva Pereira  
Técnica em Enfermagem  
COREN/RR 080637.812



Assinatura e carimbo do profissional



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 042133/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 09:36 Data/Hora Fim: 28/11/2019 09:52  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 01/04/2019 10:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: DOM APARECIDO JOSÉ DIAS

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)**  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 04/09/1988  
Profissão: Professor  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria José da Silva

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA J Nº: 157  
Bairro: CIDADE SATELITE

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 917.248.302-44	<b>Placa</b> NAW4648
<b>Renavam</b> 00161330045	<b>Número do Motor</b> KC16E39009985
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC16309R009985	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2009/2009
<b>Cor</b> AZUL	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG150 TITAN MIXESD
<b>Modelo</b> HONDA/CG150 TITAN MIXESD	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 24/11/2016	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alessandra Karoliny da Silva	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. DOM APARECIDO JOSÉ DIAS, SENTIDO RR-

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 28/11/2019 09:53  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 042133/2019

205 > BAIRRO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA PRINCIPAL, UM CACHORRO SUBITAMENTE ATRAVESSOU A FRENTE DA REFERIDA COMUNICANTE, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU ABALROANDO NO ANIMAL E CAINDO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

**ASSINATURAS**

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia  
Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

DAT

Alessandra Karoliny da Silva

(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."

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo  
CPTCMT 3 de Propriedade 917.248.302-44  
Rançom 0018130065  
Número do Chassi: 823NC18208R000985  
COR AZUL  
Município Veículo Boa Vista  
Modelo HONDA/COR 150 TITAN MIXED  
Quantidade 1 Unidade  
Última Atualização: 24/11/2018  
Nome Envolvido  
Alessandra Karoliny da Silva  
Situação do Veículo REST. BOM TRIBUTARIO  
Situação Envolvido  
Veículo Adquirido N/A  
Modelo HONDA/COR 150 TITAN MIXED  
UF Veículo Roraima  
Ano/Modelo Fabricação 2008/2009  
Número do Motor KC18E3300085  
Placa NAW4843  
Subgrupo Motocicleta/Motocicleta

**RELATÓRIO HISTÓRICO**

A COMUNICANTE COMPREendeu ESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. DOM APARECIDO JOSÉ DIAS, SENTIDO RR.



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 28/11/2019 09:53  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



01/04/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901091749 01/04/2019 11:08:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente **ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA** Data Nascimento **04/09/1988** Idade **30 A 6 M 27 D** CNS **704802066723843** CPF **99731657215** Prontuário  
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **245819** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **26/10/2001** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **BRANCA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **MARIA JOSE DA SILVA** Pai **NC** Contato **(95) 99136-2793**  
Endereço **RUA - JANDYRA LAGO - 256 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação **CUIDADOR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **URGÊNCIA** Autorização **URGÊNCIA** Sis Prenatal **URGÊNCIA**  
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**  
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **URGÊNCIA** Registrado por: **MICHELE.CAVALCANTE**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **11:40h** Paciente trazida pelo SAMU, com color cer  
col e em prancha rígida, vítima de colisão moto x carro; usava capa  
cete; não perda de consciência, síncope, emese ou tontura. Queixa de dor

Exame Físico  
① VAP, e color ceriseal. ② Espirito em AA, AR: MVF, m. 22. ③ <sup>em punho</sup> 9+1 em AA.  
④ Pulso cheios; FC: 88bpm, PA: 130 x 80 mmHg. ⑤ ECG: 15, RFM ⑥.

Hipótese Diagnóstica  
① Punho ② imobilizado. Escoriações em tórax anterior, mm ss.

SADT - Exames Complementares  
☒ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
- ALÉRGICA A D.P.I.R.O.A.		
④ Temoxilon 40mg ⑤ 11:45		
② Rx tórax / Punho ③.		

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☐ Transferência para: **ORTOPEDIA** Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura do Médico







GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: \_\_\_\_\_

*Eugenio Pereira*

① *pacote, Alameda A. de S. L.*  
*cl/ Fintem o mud de Pacote (B) neces-*  
*sário = 12 anos de tratamento*

① *pacote: 12 anos de tratamento*

DATA: \_\_\_\_\_

*24/07/2015*

*Carlos Eduardo de C. Guerra*  
*Ortopedia / Trauma-Acupuntura*  
*CRM-RR 589*

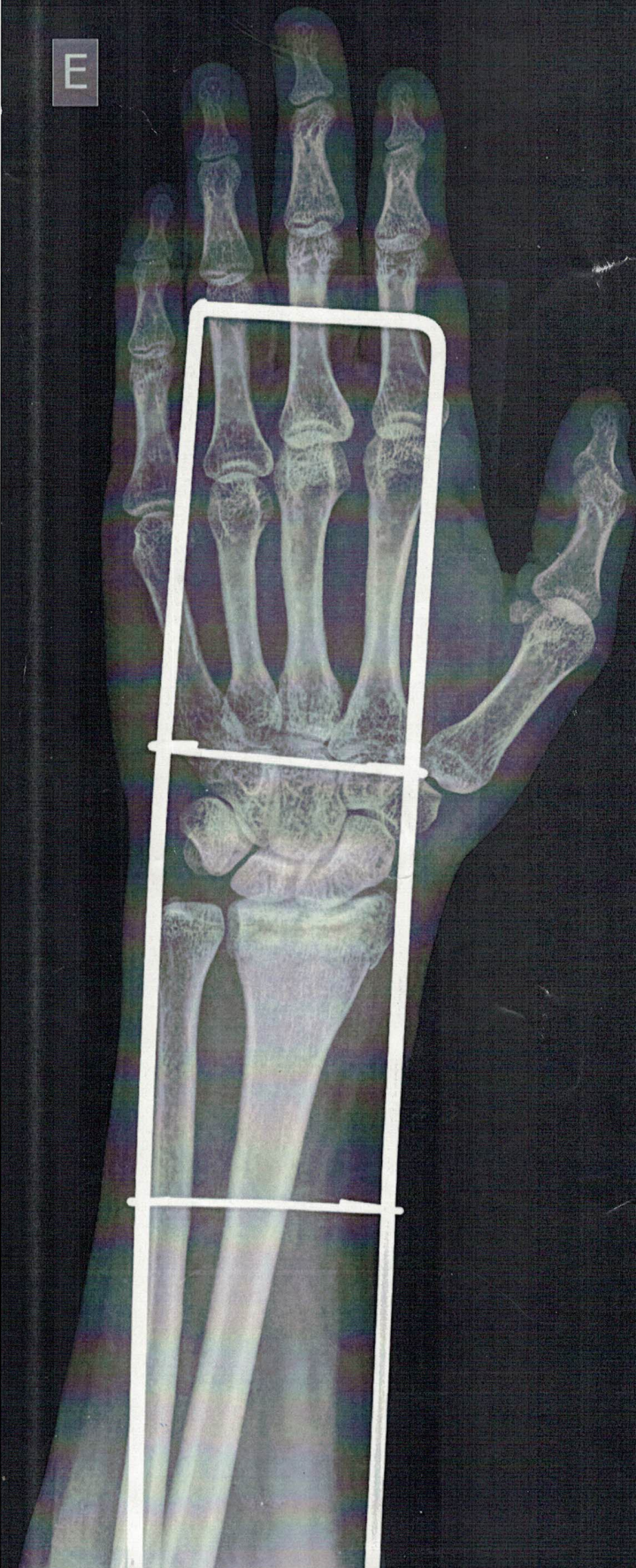
ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã  
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil  
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

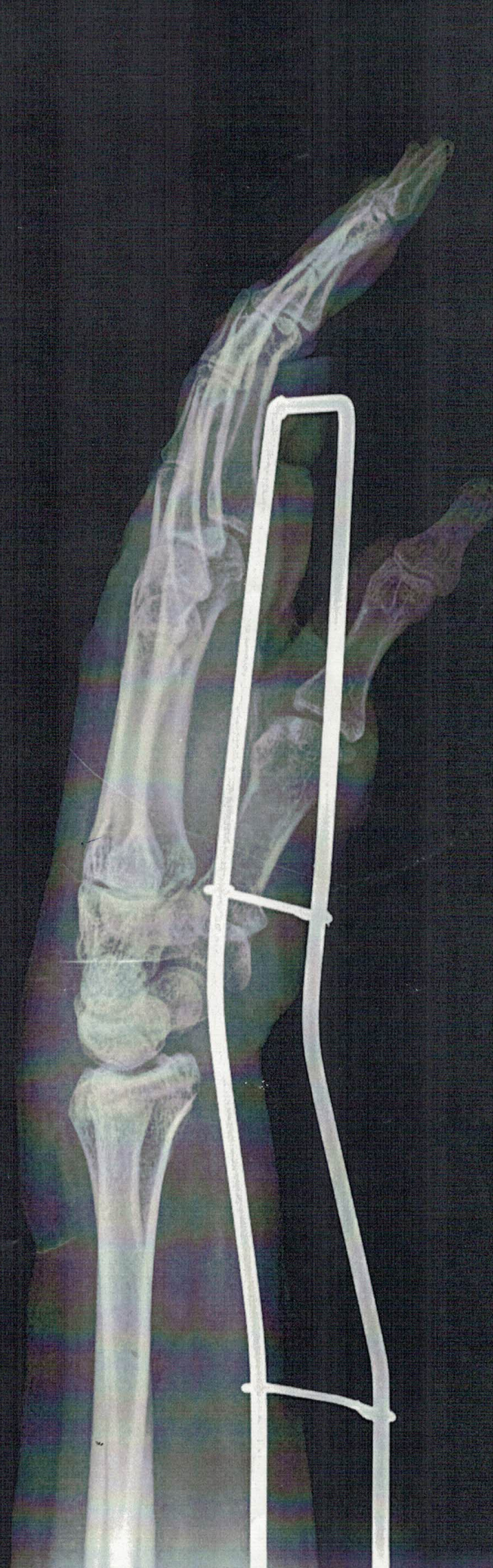




E



70,2 % 1/4/2019 11:59:08



76,1 % 1/4/2019 11:59:08


, ALESSANDRA K. DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. QUEIMSON/ ED. ROSANGELA







**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este **NÚMERO**

**SEU CÓDIGO**  
0119410-0

Nº da Nota Fiscal: 4001927

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

**CONTA MÊS**  
NOVEMBRO/2019

**VENCIMENTO**  
01/12/2019

**CONSUMO (kWh)**  
274

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
238,15

ANA ANGELY FIRMINO FONSECA DA SILVA  
R. J 157 - CIDADE SATELITE  
CEP: 69.317-510 - BOA VISTA  
CPF: 00072729813420

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

Atual: 13609  
Anterior: 12755  
Dias de consumo: 28  
Constante de Multiplicação: 1.000  
Consumo medido: 274  
Consumo Faturado: 274

**DATAS DA LEITURA**

Atual: 11/11/2019  
Anterior: 14/10/2019  
Próxima leitura: 11/12/2019  
Emissão: 08/11/2019  
Apresentação: 11/11/2019

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: BIFÁSICA  
Número Medidor: 13LDB05509  
Forma de Faturamento: NORMAL  
Modalidade: 0 1419765

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

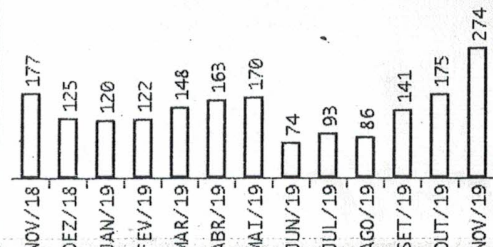
CONSUMO	274 A R\$ 0,777110 =	212,92
ILUMINACAO PUBLICA		25,23


**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 274 - 0,628000

Média 12 meses: 132

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**





**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
10/2019 171,12

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Energia:	Encargos:
Distribuição: 115,13	Tributos: 6,24
Transmissão: 50,71	48,84
0,00	

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**


Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:		
PIS:	17,00%	36,19
COFINS:	9,37%	9,80
	1,30%	3,85

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunta 0,00 Período de apuração: 09/2019 46,26

ROT 32 001 24 00 003400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

**SEU CÓDIGO**  
0119410-0


**TOTAL A PAGAR - R\$**  
238,15

**MÊS FATURADO**  
11/2019

**VENCIMENTO**  
01/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4001927 FCM\*

83620000002 1 38150075000 9 00000000119 8 41001119008 0

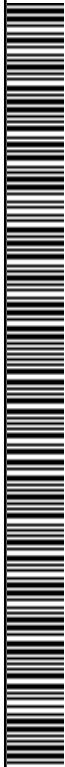



**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS**

Eu, Alessandra Koroliny da Silva, brasileiro  
(a), Solteira, Progenora, portador (a) do RG nº  
245.819, inscrito (a) no CPF sob o nº 997316542-1 residente e  
domiciliado (a) na Rua: J, nº 157, Bairro  
Cidade Satélite, Boa Vista-RR, CEP 69.317.510, telefone  
nº (95) 99133-2793, 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, 12 de junho de 2020.

Alessandra Koroliny da Silva.  
**DECLARANTE**





DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014246871318  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00161330045		2019
NOME			
MARCELO FERREIRA FARIAS			
RR			
CPF / CNPJ		PLACA	
917.248.302-44		NAW4648	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
		9C2KC16309R009985	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG150 TITAN MIXED		2009 2009	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P/0149CC/		PARTICU	
COR PREDOMINANTE		VENC. / COTAS	
AZUL		1ª *****	
COTA ÚNICA		2ª *****	
*PAGO*		3ª *****	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
** PAGO COTA ÚNICA **			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
R\$0.32		R\$84.58	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
R\$84.58		21/11/2019	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCIDLAERE 01-7 RR *			
Igo Gomes Brasil Diretor Presidente BOA VISTA-RR			
DATA 27/11/2019			

EXPEDIDOR

ASSINADO DIGITALMENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 014246871318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019  
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 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	917.248.302-44	NAW4648
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00161330045	HONDA/CG150 TITAN MIXED	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2009		9C2KC16309R009985
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36.05	R\$4.01	R\$40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
R\$4.15	R\$0.32	R\$84.58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		21/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04