



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Rebedor: 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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

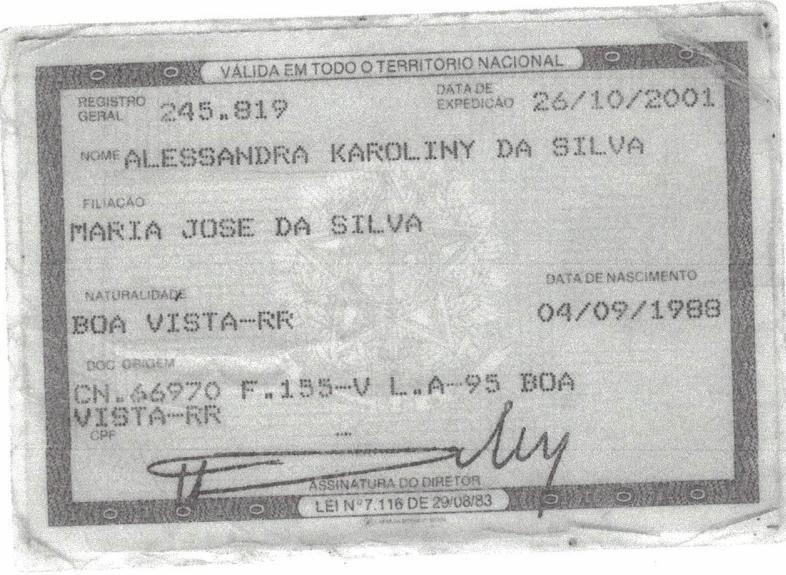
Estamos aqui para Você

PROCURAÇÃO

Eu, Alexandria Kordiny da Silva, brasileiro (a), Solteira, Professora, portador (a) da cédula de identidade RG nº 245.89, inscrito (a) no CPF sob o nº 997.316.572-15, residente e domiciliado (a) na Rua: J, nº 157, Bairro Cidade Sotéia 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, é órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante 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.

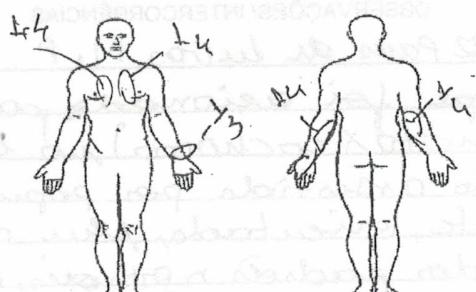
Alexandria Kordiny da Silva
OUTORGANTE.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ53Q SWEY5 A7QWS FLRXA



29/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

 <p>PREFEITURA BOA VISTA Instituto e Cidade das Pessoas</p>	EQUIPE DE ATENDIMENTO EQUIPE SAMU BV BRAVO III		Nº 0594					
	EQUIPE: Tec: Tacimay cor: Odileia		Idade: 30 Sexo: F					
	Paciente: Alessandra Karoline da silva		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia					
	Nacionalidade: Brasileira		Bairro: Cidade Satélite					
	Endereço: Rua D. Aparecida							
	Nº 5176 DATA 01/04/2019		HORA J/9: 10:24	BASE () VIA ()	() RÁDIO			
	Médico (a) Regulador (a): Dr. Leidiana		HORA J/10: 10:36	() 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							
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Quelmadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Agressão física / esparcimento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA					
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança			
AVALIAÇÃO INICIAL					AVAL. NEUROLÓGICA			
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO						
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apréia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central			<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora			
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	10:48	11x80	84	21	96		2	15
Fim	11:08	10x70	71		98			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					ABERTURA OCULAR			
LESÃO IDENTIFICADA					<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta			
					RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso<br			

29/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

PERTINÊNCIA 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: _____

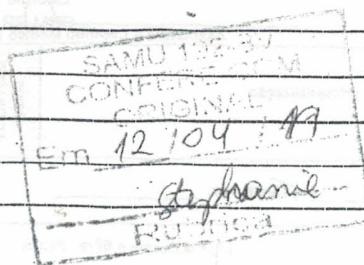
GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações 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 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 type="checkbox"/> Oximetria	<input 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 type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tilitil	40mg	EV	10:59				
Agua destilada	20ml	—	—				

material

02 ataduras 10cm.
01 agulha 40x1201 seringa 10ml
01 Scalp 19 / 02 Paes de luvas M, P

11:10:24 a equipe foi acionada para uma ocorrência traumática (moto x cachorro) no local encontramos a vítima sendo assistida por populares, em decúbito dorsal, consciente, orientado, seu capacete, sinais vitais dentro dos padrões normais, feito abordagem primária constatados lesões já citada na figura e comunicado ao medico regulador que tomou conhecimento do quadro clínico da vítima e autorizou fazer analgesia citada no quadro acima e encaminhar para o Trauma.

Tatiana da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.812



Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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

EN VOLVIDO(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)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 917.248.302-44

Placa NAW4648

Renavam 00161330045

Número do Motor KC16E39009985

Número do Chassi 9C2KC16309R009985

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 24/11/2016

Situação do Veículo 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-

01/04/2019

:: Guia de Atendimento 17 ::

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA			1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308			(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass..	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass..	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass..		
1901091749 01/04/2019 11:08:19			FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA		04/09/1988	30 A 6 M 27 D	704802066723843	99731657215		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE 245819	SSP/RR	26/10/2001	F	SOLTEIRO(A)	BRANCA	BOA VISTA - RR	
Mãe				Pai		Contato	
MARIA JOSE DA SILVA				NC		(95) 99136-2793	
Endereço						Ocupação	CUIDADOR
RUA - JANDYRA LAGO - 256 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>11:10</u>)	Paciente trazido pelo SAMU, com color tencol e em pranque rígide, vítima de colisão moto x cão; usava capacete; não perda de consciência, náusea, enurese ou tontura. Queite de dor						
Exame Físico	① VAP, e color cervical. ② Espasmo em AS, AR, MVF, e as. Sol: 3+, em AS. ③ Pulsos cheios; FC: 88 bpm, PA: 130x80 mmHg. ④ ECG: 15, RFM +.						
Hipótese Diagnóstica	⑤ Ponto ⑥ imobilizado. Estrias gôs em tórax anterior, mm sc.						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<u>- ALÉRGICO A D. P. ROTA.</u> <u>④ Temoxolan 40 mg (✓) 11:185</u> <u>⑦ Rx tórax (Ponto D).</u>							
Conduta	(<input type="checkbox"/>) Alta por Decisão Médica (<input type="checkbox"/>) Alta a Pedido (<input type="checkbox"/>) Alta a Revelia (<input type="checkbox"/>) Transferência para: <u>ORTOPEDIA</u>			(<input type="checkbox"/>) Ambulatório (<input type="checkbox"/>) Observação (Até 24h) (<input type="checkbox"/>) Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / /			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	Destino: (<input type="checkbox"/>) Família			<u>Luis P.</u> IMI Anatomia Patológica / / :			

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 01/04/2019 11:09:05

Carimbo e Assinatura do Médico





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

RECEITUÁRIO

NOME:

Eduardo A. de Sá

O paciente, Alexs. A. de Sá,
clínico da medicina da Pediatria (E) processado
nº 12 anos de protocolo

① Materia: Uso protetor

DATA:

24/07/2015

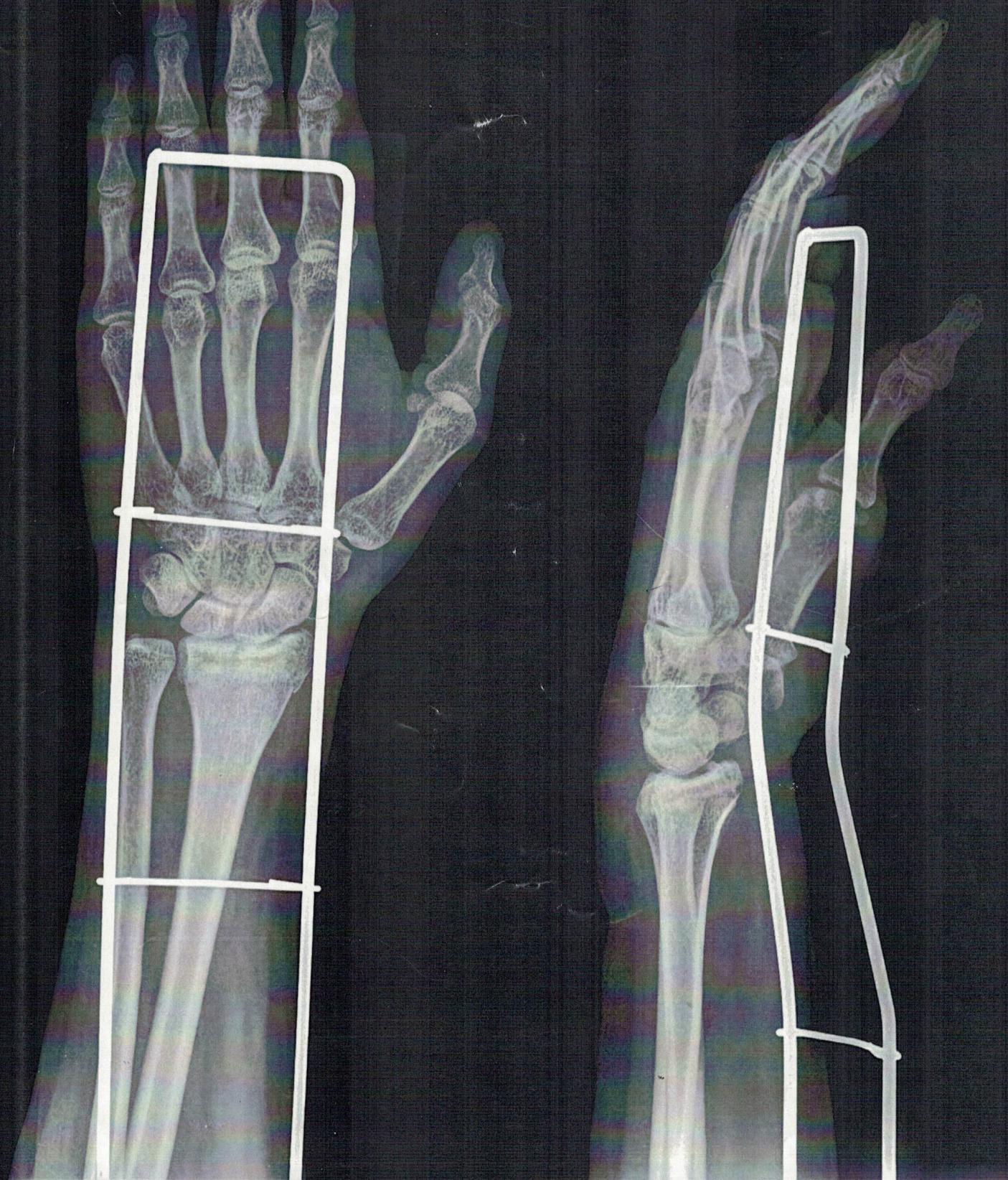
Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 389

ASSINATURA E CARIMBO

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

29/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

E



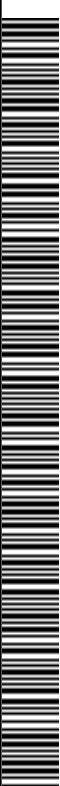
70.2 %

1/4/2019 11:59:08

76.1 %

1/4/2019 11:59:08

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLXQ N48RZ TZ8UR LWVZK



, ALESSANDRA K. DA SILVA

TR. QUEIMSON/ ED. ROSANGELA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

29/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0119410-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené 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

4001927

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	274	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)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 13009	Atual: 11/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 12755	Anterior: 14/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 11/12/2019	Ligaçāo: BIFABICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 08/11/2019	Número Medidor: 13LD05589
Consumo medido: 274	Apresentação: 11/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 274		Modalidade: 0 1419765

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

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 274 - 0,628000		
Média 12 meses: 132		

	<p>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.</p> <p>Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.</p> <p>Mes/Ano Valor R\$ 10/2019 171,12</p>
MENSAGENS IMPORTANTES	<p>PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.</p> <p>LIGUE 08007019126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</p>

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR			
Distribuição: 115.13	Tributos: 6,24	212,92	ICMS:				
Transmissão: 50,71	40,84		PIS:	17,00%	36,19		
0,00			COFINS:	0,37%	0,88		
				1,90%	3,85		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	OMIC	DICRI			
Límite	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal			
Realizado	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Conjunto	0,00			0,00		0,00	
				Período de apuração:			
				09/2019			
					46,26		
FLORESTA							



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené 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

VENCIMENTO

11/2019

01/12/2019

Nº da Nota Fiscal

4001927

FCAM*

83620000002 1 38150075000 9 00000000119 8 41001119008 0



SEQ.: 0229 UC: 0119410-0 DT.LEIT.: 11/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 13009 NORMAL TOTAL: 238,15 CARGA: C06
VER. 01.07.2019 01/12/2019 TPFEC: 000 COLETOR: 1001

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Alessondra Kordiny da Silveira, brasileiro
(a), Silvânia, Progenora, portador (a) do RG nº
245.819, inscrito (a) no CPF sob o nº 997.316.542-1 residente e
domiciliado (a) na Rua: 3, nº 157, Bairro
Cidade Sotáli, 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, 1u de Janeiro de 2020.

Alessondra Kordiny da Silveira.
DECLARANTE

CENTRAL

ENTRADA

REPU B LICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - RR		Nº 014246871318	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 01	CÓD. RENAVAM 00161330045	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2019
NOME MÁRCELO FERREIRA FARIA			
RR			
CPF / CNPJ 917.248.302-44		PLACA NAW4648	
PLACA ANT / UF		CHASSI 9C2KC16309R009985	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC..		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL.	
MARCA / MODELO HONDA/C6150 TITAN MIXESD		ANO FAB. 2009	ANO MOD. 2009
CAP / POT / CIL 2P/0149CC/		CATEGORIA PARTICU	
COTA ÚNICA *PAGO*		VENC. COTA ÚNICA *PAGO*	
I P V A	FAIXA IPVA *** PAGO COTA UNICA ***	1º * * * * * 2º * * * * * 3º * * * * *	
PARCELAMENTO / COTAS		VENC / COTAS	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0,.32		PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$84,50	DATA DE PAGAMENTO 21/11/2014
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCIDLACRE 01135391-7 RR *			
Igo Gomes Brasil Diretor Presidente BOA VISTA-RR DETAN-RP			
		DATA 27/11/2014	
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DE VIDA

RR Nº 014246871318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA INVERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO
01.	917.248.302-44	2019
		DATA EMISSÃO
		27/11/2019
PLACA		
		MAW4648
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00141330045	HONDA/CB150 TITAN MIXED	
ANO FAB.	Nº CHASSI	
2009	2C2KC16309R1009985	
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 SEGUARDO (R\$)
R\$4,15	R\$0,32	R\$44,50
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.608/0001-04		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjobj.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJ6EL B3PV6 UF84