

ENERGIA

0108917-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gercéz, 991 - 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

Nº da Nota Fiscal

003122719

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

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA

R: ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	51562	Atual:	24/06/2019
Anterior:	51202	Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	360	Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	360	Apresentação:	24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Poste	Código Pat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
TOTAL CONSUMO 51562	
TOTAL KWh 51562	
TOTAL kWh 51562	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mês/Ano Valor R\$

04/2019 777,03

Informamos a existência de débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha(s) sido(s) pago(s), procurar uma loja de atendimento da Elepar Distribuição Roraima com o(a) comprovante(s) de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO 037B.5443.E5F9.4900.15E4.9A9F.886B.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	149,97	Base de Cálculo:	278,51
Energia	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão	7,79	Valor do ICMS:	47,34
Encargos:	50,03	Valor do PIS:	0,47
Tributos:		Valor do COFINS:	2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

04/2019 143,70

ROT: 5.001.12.04.021724 +

RORAIMA
ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gercéz 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

0108917-0

TOTAL A PAGAR R\$

373,63

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

11/07/2019

003122719 FCAM

3360000003 9 73630075000 6 00000000108 1 91700610008 1



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008

17 JUL. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

elo exposto, eu João Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
a qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Roberto Ferreira Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 077.239.972 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
João Roberto Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.239.972 / 72 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento _____
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>IL-01RRR@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD) <u>(95)98403-5060</u>

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

17 JUL. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Roberto Junema Silva Junior
RG nº 350294-5, data de expedição 27 / 08 / 2018,
Órgão SSP, portador do CPF nº 005-537-042-06, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RR: Robinho
mota, nº 63,
Bairro: 13 de Setembro, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima João Roberto Junema Silva
cujo o condutor era _____.

Veículo: moto ciclota
Modelo: Honda Fan 150
Ano: 2013-2014
Placa: NAN 3619
Chassi: 9C2K C1680 ER413403
Data do Acidente: _____

Local e Data: Boa Vista/RR, 07 / 05 / 19.

JOÃO ROBERTO JUNEMA SILVA JUNIOR
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Marjory C. C. Esbell Brighia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

17 JUL. 2019

Paciente: **JOAO ROBERTO JUREMA SILVA** Data Nascimento: **17/05/1957** Idade: **61 A 7 M 5 D** CNS: **704600638383821** CPF: **07723997272**

Tipo Doc: Documento Orgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 60633 SSP/RR 27/03/1985 M PARDADA MANAUS - AM BRASILEIRA

Mãe: **RAIMUNDA JUREMA SILVA** Pai: **ALBERTO CARLOS DA SILVA** (95) 9115-1590

Endereço: **RUA - PROFESSOR AGNELO BITENCOURT - 63 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prenatol:

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Registrado por: **KAREN GARCIA**

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

Anamnese de Enfermagem: **Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida + colar cervical.**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **20:18 h**)

Paciente relata atropelamento de "tamborim" - Alega dor intensa em região lombar. Apresenta escoriações em flanco. Também relata dor em região cervical.

Exame Físico: **BEG, LOMBAR, CERVICAL.**

Hipótese Diagnóstica: **Estabelecida - Dano de D.**

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

PRESCRIÇÃO: **1 - Dexametasona 1g (B) 2 - Fentanyl 4mg (B)**

Artemis da Silva Souza Médico CRM-RR 2045

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico:

Impresso por: **karen.garcia** Data Hora: **22/12/2018 20:14:39**

180102-1172

17 JUL. 2019



Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 04 600 6 3 8 3 8 3 8 2 1

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Raimunda Jurema Silva

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

R. Prof. Agnelo Ditencaurt, 63, São Francisco
BOA VISTA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

17 05 1957

9 - SEXO

Masc

1 -

Fem X 3

10 - RAÇA/ETNIA

Parda

12 -

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 -

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - CID - MUNICÍPIO 18 - UF

RR

19 - CIP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vitima de acidente motociclistico (moto x animal). TC sem laudo ate o momento evidenciou pneumotorax à D e fratura de arcos costais

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame Físico + USG



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

INTX a D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Cirurgia Geral

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Terapêutico

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23 12 18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - (X) N° DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÍMBOLO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAL DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (HOSPITALAR)

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0412040166
5270
V299

40 11 11

17 JUL. 2019

Descrição de Procedimento

Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Profissionais: Dr Levindo/ Dr. Lucas R2/ Dr. Givaggo R1

Data: 23/12/2018 – 1:00h

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º EIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO, superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital com saída de ar e sangue.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 32 em sentido póstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 0 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 0.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante)
- 10- Raio-X de Tórax de controle solicitado.

Levindo Oliveira
Cirurgia Geral
Coloproctologia
CRM-RR 443

Dr. Givaggo Henrique
Cirurgia Geral
CRM-RR 1803

17 JUL. 2019

NOME: João Roberto Jurema Silva		IDADE: 61	LE ITO: 220-3
DATA DA CIRURGIA: -		MÉDICO PRECEPTOR: Dr Hélder	MÉDICO RESIDENTE:

Diagnósticos: Trauma Abdominal Contuso + Pneumotórax à Direita e fratura de arcos costais

Dispositivos:	Antimicrobianos:
NPT: <i>0</i>	Atual:
Sonda Vesical: <i>0</i>	Pregresso:
Dreno de Tórax: <i>0</i>	
Outros:	

☒ Paciente mantém melhora do quadro. Nega ~~febre~~ febre e/ou diarreia. Relata boa aceitação alimentar. Refere que dorme bem a noite, sem necessidade de O2 sob CN.

Das suas lesões, sem outras queixas

Exame Físico: BEG ☒ REG () MEG () / Anictérico () ou Ictérico () *0* /+4
 Hidratado ☒ ou Desidratado () *0* /+4 / Consciente () ou Desorientado ()
 Corado ☒ ou Hipocorado () *0* /+4 / Acianótico () ou Cianótico () *0* /+4

Ap. Cardiovascular

☒ RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

☒ MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros:

ABD.:

☒ Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA + *com escavações*

() Outros:

Ext.:

☒ Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

() Outros: *Calcanhar *0**

() F.O.

CD: Suporte clínico mantido

→ Reter do ortopedia

→ Dar da C.G.

Assinatura e Carimbo

17 JUL. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR



NOME: JOÃO ROBERTO JUREMA

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/18

DATA DA CIRURGIA: 23/12/18

DATA DA ALTA: 28/12/18

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. HÉLDER GROSSI

DIAGNÓSTICO:

HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO E FRATURA DE COSTELAS

TRATAMENTO

TORACOTOMIA EM SELO D'ÁGUA

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências relativas ao procedimento cirúrgico, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boa diurese, evacuação e flatos positivos.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
2. Dieta liberada (alimentação normal).
3. Não fazer esforços físicos até 20 dias após a cirurgia.
4. Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
5. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
6. Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral com **Dr. HÉLDER** no dia **02/01/2019 (quarta-feira) às 13:00h** no Hospital Coronel Mota (COMPARAÇER NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL 03 DIAS ANTES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA).

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0615

Dr. Adelle A. Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1988

17 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		JOAO ROBERTO JUREMA SILVA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA		69633 SSP RR					
CPF		077.239.972-72		DATA NASCIMENTO		17/05/1957	
FILIAÇÃO		ALBERTO CARLOS DA SILVA RAIMUNDA JUREMA SILVA					
PESQUISA		ACI		CATAS		AC	
Nº REGISTRO		02379057100		VALIDADE		06/09/2022	
				HABILITAÇÃO		26/07/1976	
OBSERVAÇÕES							
<p>ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p>LOCAL: BOA VISTA, RR</p> <p>DATA DE EMISSÃO: 06/09/2017</p> <p>ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE INTERINO DETRAN-RR</p> <p>40061458088 RR209314354</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>RORAIMA</p>							

17 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-RR Nº 013774781663
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00594359171 EXERCÍCIO 2018

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA JUNIOR

005.537.042-06 PLACA NAN3619

NAN3619 RR 9C2KC1680ER413403 CHASSI

PAB/MOTOCICLETA/NOVA APLIC. ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2P/0149CC/ VERMELHA

1º *****
2º *****
3º *****

PAGO
FAIXA PVA PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.7 PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5 DATA DE PAGAMENTO: 20/12/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA A

MAZ OCID *

BOA VISTA-RR 06/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR COLISÃO E DANOS POR FURTO DE VEICULO
MOTOCICLETAS, MOTOCICLETAS COM MOTOR DE CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADORA, OU NÃO, SEGURO DPVAT

RR Nº 013774781663 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/02/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 005.537.042-06 PLACA NAN3619

RENAVAM 00594359171 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CAT. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER413403

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$81.29 DEMATRAN (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

COTA UNICA ☐ PAGAMENTO ☐ PARCELADO ☐ DATA DE QUITAÇÃO 20/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

013774781663
111680071230

CNPJ 09.248.608/0001-04

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190433145

Nome do(a) Examinado(a): JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Rogério Mota, 63 - Boa Vista/RR - CEP 69308-340

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 69633 - SSP-RR

Data e Local do Acidente : 22/12/2018 - RR 205 EM FRENTE AO ECO PARK

Data e Local do Exame : 25/07/2019 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO COM ANIMAL SOFREU POLITRAUMATISMO COM FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO

TORAX/ABDOME: CICATRIZES

MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO
TORAX/ABDOME: SEM SEQUELAS
MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR
COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS
DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MID

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

OMBRO D

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

OMBRO D: VALORAÇÃO 50%

MID: VALORAÇÃO 50%



Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433145 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR.

Descrição do exame físico: OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO TÓRAX/ABDOME: CICATRIZES MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR, DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/07/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO EM OMBRO DIREITO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ ANEXADO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, RELATO DE DANO NO OMBRO DIREITO.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433145 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELAS, CLAVÍCULA D + LESÃO NO PULMÃO D+ ESCORIAÇÕES DIVERSAS+ FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR.

Descrição do exame físico: OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO TÓRAX/ABDOMEN: CICATRIZES MID: SINAIS DE ARTROSE EM TNZ + PERDA DE TECIDO EM CALCANHAR COM COMPROMETIMENTO DA PISADA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ DRENAGEM TORÁCICA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA D + TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO TORNOZELO/CALCANHAR, DEVIDO PERDA EXTENSA DE TECIDO, ULTIMA CONSULTA EM ABRIL DE 2019. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/07/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO EM OMBRO DIREITO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ ANEXADO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, RELATO DE DANO NO OMBRO DIREITO.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433145 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO COM PNEUMOTÓRAX Á DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433145 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	João Roberto Jurema Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	69633 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua, Rogerio Mota, 63, 13 de Setembro

OUTORGADO

NOME:	Lleir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 21 / 12 / 18, cobertura Invalidez, vítima: João Roberto Jurema Silva.



Boa Vista RR 08/02/2019

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataléia 1430, 4207 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4106
daniel@boaavista.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
*JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA

Em testemunho da verdade. EQLC
De que deu 16. Boa Vista/RR, 08 de fevereiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selrr.com.br
REC FIR 156295 GFMBMGAQX9UG6P21 /

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00

Lidiane Silva Lopes
Escrevente Autorizada

17 JUL. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242004/19

Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

CPF: 077.239.972-72

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA : 077.239.972-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA
CPF: 077.239.972-72

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



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 Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190433145 Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190433145

Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190433145

Vítima: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000004263-3

Conta: 0000026802-X

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 077.239.972-72 Nome completo da vítima: João Roberto Guerra Silva

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

Nome completo: João Roberto Guerra Silva CPF: 077.239.972-72

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Roderio Mota Número: 63 Complemento: CASA

Bairro: 13 de Setembro Cidade: Boca Vista Estado: RR CEP: 69.308-340

E-mail: ILOTERR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 98403-5060

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Braai

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 26802 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boca Vista - RR, 17/05/19

Nome: João Roberto Guerra Silva

CPF: 077.239.972-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 108/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 07/05//2019

COMUNICANTE: JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA

RG: 69633

O. EXP.: SSP/AM

CPF: 07723997272

ENDEREÇO: RUA – ROGÉRIO MOTA, 63

BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

NATURALIDADE: MANAUS

ESTADO: AM

DATA DE NASCIMENTO: 17/05/1957 IDADE: 61 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 2º GRAU COMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL

TELEFONE: 99115-1590

Nº REG. CNH: 02379057100

NOME DO PAI: ALBERTO CARLOS DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA JUREMA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18h40min do dia 22/12/2018, NA RR 205 NAS PROXIMIDADES DO ECO PARQUE.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo HONDA/CG 150 FSN ESDI, Placa NAN-3619, de cor VERMELHA, Ano 2013/2014, Chassi 9C2KC1680ER413403, Renavam 00594359171 de propriedade da Senhor JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA JUNIOR; Que o comunicante seguia sentido sua casa, quando foi surpreendido por um animal (TAMANDUÁ); Que o comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local executando os primeiros socorros e em seguida levando para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DE DUAS COSTELAS DO LADO DIREITO, FRATURA DE TORNOZELO E CALCANHAR); Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL;
OBSERVAÇÃO:

JOÃO ROBERTO JUREMA SILVA


Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

17 JUL. 2019

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



 AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

DAT
9 MAI 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

17 JUL. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
077.239.972-72 João Roberto Guerra Silva

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

Nome completo: CPF:
João Roberto Guerra Silva 077.239.972-72

Profissão: Endereço: Número: Complemento:
Autônomo Rua: Rocio Mota 63 casa

Bairro: Cidade: Estado: CEP:
13 de Setembro Boa Vista RR 69.308-340

E-mail: Tel.(DDD):
ILOTRR@HOTMAIL.COM (95) 98403-5060

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 26802 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Boa Vista - RR, 17/05/19
Nome: João Roberto Guerra Silva
CPF: 077.239.972-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Paciente: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA Data Nascimento: 17/05/1957 Idade: 61 A 7 M 5 D CNS: 704600638383821 CPF: 07723997272
Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 27/03/1985 Sexo: M Estado Civil: PARDI Raça/Cor: MANAUS - AM Nacionalidade: BRASILEIRA
Mão: RAIMUNDA JUREMA SILVA Pai: ALBERTO CARLOS DA SILVA (95) 9115-1590
Endereço: RUA - PROFESSOR AGNELO BITENCOURT - 63 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prenatol:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: KAREN GARCIA

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

Anamnese de Enfermagem: Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida + colar cervical. Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:18 h) Paciente relata atropelamento de tanquinho - Alega dor intensa em região lombar. Apresenta escoriações em flanco. Também relata dor em região cervical.

Exame Físico: BEG, LOMBAR, CERVICAL, supnovo.

Hipótese Diagnóstica: Estabilidade - Dótor (D)

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

PRESCRIÇÃO: 1 - Imobilização de (C) 2 - Fita fixadora (C) Artemis da Silva Souza Médico CRM-RR 2045

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: Impresso por: karen.garcia Data Hora: 22/12/2018 20:14:39

http://10.102.5.252:8888/IS4/is4/DC3D9210-17E6-4686-831F-06AB2CC34D2D.html 17 JUL. 2019 25 MAR. 2019

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

369544

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 04 600 6 3 8 3 8 3 8 2 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

17 05 1957

9 - SEXO

1 - Masc

Fem X 3

10 - RAÇA/ETNIA

Parda

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Raimunda Jurema Silva

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Prof. Agnelo Ditencaurt, 63, São Francisco
BOA VISTA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CID - IBS - MUNICÍPIO 18 - UF

19 - CEP

R R

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto x animal). TC sem laudo ate o momento evidenciou pneumotorax à D e fratura de arcos costais

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame Físico + USG



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

NTX a D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Cirurgia Geral

Terapêutico

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23 12 18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - (X) Nº DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAL DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (HOSPITALAR)

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0412040166
5270
V299

40 11 11

17 JUL. 2019

Descrição de Procedimento

Nome: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

Profissionais: Dr Levindo/ Dr. Lucas R2/ Dr. Givaggo R1

Data: 23/12/2018 – 1:00h

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º EIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO, superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital com saída de ar e sangue.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 32 em sentido póstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 0 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 0.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante)
- 10- Raio-X de Tórax de controle solicitado.

Levindo Oliveira
Cirurgia Geral
Coloproctologia
CRM-RR 443

Dr. Givaggo Henrique
Cirurgia Geral
CRM-RR 1803

17 JUL. 2019

NOME: João Roberto Jurema Silva		IDADE: 61	AREA: BLOCO B
DATA DA CIRURGIA: -		MÉDICO PRECEPTOR: Dr Hélder	LE ITO: 220-3
		MÉDICO RESIDENTE:	

Diagnósticos: Trauma Abdominal Contuso + Pneumotórax à Direita e fratura de arcos costais

Dispositivos:	Antimicrobianos:	
NPT: <i>0</i>	Atual:	Pregresso:
Sonda Vesical: <i>0</i>		
Dreno de Tórax: <i>0</i>		
Outros:		

☒ Paciente mantém melhora do quadro. Nega ~~febre~~, febre e/ou diarreia. Relata boa aceitação alimentar. Refere que dorme bem a noite, sem necessidade de O2 sob CN.

Das suas lesões, sem outras queixas

Exame Físico: BEG ☒ REG () MEG () / Anictérico () ou Ictérico () *0* /+4
 Hidratado ☒ ou Desidratado () *0* /+4 / Consciente () ou Desorientado ()
 Corado ☒ ou Hipocorado () *0* /+4 / Acianótico () ou Cianótico () *0* /+4

Ap. Cardiovascular

☒ RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

☒ MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros:

ABD.:

☒ Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA + *com escavações*

() Outros:

Ext.:

☒ Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

() Outros: *Calcanhar (D)*

() F.O.

CD: Suporte clínico mantido

→ Reter do ortopedia

→ Dar da C.G.

Assinatura e Carimbo

17 JUL. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR



NOME: JOÃO ROBERTO JUREMA

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/18

DATA DA CIRURGIA: 23/12/18

DATA DA ALTA: 28/12/18

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. HÉLDER GROSSI

DIAGNÓSTICO:

HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO E FRATURA DE COSTELAS

TRATAMENTO

TORACOTOMIA EM SELO D'ÁGUA

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências relativas ao procedimento cirúrgico, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boa diurese, evacuação e flatos positivos.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
2. Dieta liberada (alimentação normal).
3. Não fazer esforços físicos até 20 dias após a cirurgia.
4. Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
5. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
6. Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral com **Dr. HÉLDER** no dia **02/01/2019 (quarta-feira) às 13:00h** no Hospital Coronel Mota (COMPARAÇER NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL 03 DIAS ANTES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA).

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0615

Dr. Adelle A. Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1988

17 JUL. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000026802-X

Nr. da Autenticação B397BB10D2615243

Distribuição Roraima

Eletrobras, informe
este NÚMERO

0018357-1

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal

002169669

CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 2.007.022-3)

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Setor B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.425 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	06/02/2019	593	534,82

JOAO ROBERTO JUREMA SILVA

R. ROGERIO MOTA 63 13 DE SETEMBRO

CPF: 00007723997272

CEP: 69.308-340 - BOA VISTA

ROT: 3.001.10.06.139403

DADOS DA LEITURA		WH	KVAH	DADOS DA LEITURA	
Atual	26667			Atual	16/01/2019
Anterior	26074			Anterior	14/12/2018
Constante de Multiplicação	1,000			Próxima Leitura	13/02/2019
Consumo Medido	593			Emissão	15/01/2019
Consumo Faturado	593		FCAM	Aprovação	16/01/2019

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2806246	M 1617403	1.1.1.2	498

HISTÓRICO RVP	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18 451	CONSUMO 593 A R\$ 0,796948 = 472,59
NOV/18 547	CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00 0,12
OUT/18 600	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 2,66
SET/18 496	MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00 1,90
AGO/18 516	JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00 0,60
JUL/18 398	MULTA POR ATRASO 10/18-00 6,87
JUN/18 457	JUROS DE MORA DE IMPO 10/18-00 6,52
MAI/18 475	ILUMINACAO PUBLICA 43,56
ABR/18 499	
MAR/18 478	
TARIFA SOCIAL TRIBUTOS	
0 A 592 - 0,034532	

MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
12/2018 425,21

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar sanção e inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já realizadas(s) no valor de R\$ 405,12 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.

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

RESERVADO AO FISCO

2657 5874 8919 728E 946C 6FBE 3EC2 1507

COMPOSIÇÃO DA FATURA	VALORES DE CONTABILIDADE
Distribuição	116,49
Energia	247,02
Transmissão	0,00
Encargos	12,83
Tributos	13,09
Base de Cálculo	472,59
Alíquota ICMS	17,00%
Valor do ICMS	80,34
Valor do PIS	2,82
Valor do COFINS	13,09

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
1,02 7,00 0,25

DISTRITO	SEU CÓDIGO	11/2018	151,55
ROT: 3.001.10.06.139403		TOTAL A PAGAR R\$	
 Eletrobras	0018357-1		534,82
Distribuição Roraima	MÊS FATURADO	VENCIMENTO	
Eletrobras Distribuição Roraima	01/2019	06/02/2019	
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR	Nº da Nota Fiscal		
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 2.007.022-3)	002169669	FCAM	

*** SR.CAIXA - NAO RECEBER. DEBITO EM CONTA CORRENTE ***

SEQ.: 00122 UC: 0018357-1 DT.LEIT.: 16/01/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26667 NORMAL TOTAL: 534,82 CARGA: 020
DT.VENC.: 06/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1141

17 JUL. 2019