



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200125905**      **Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

**Data do Acidente: 07/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

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 joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000027442-1**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

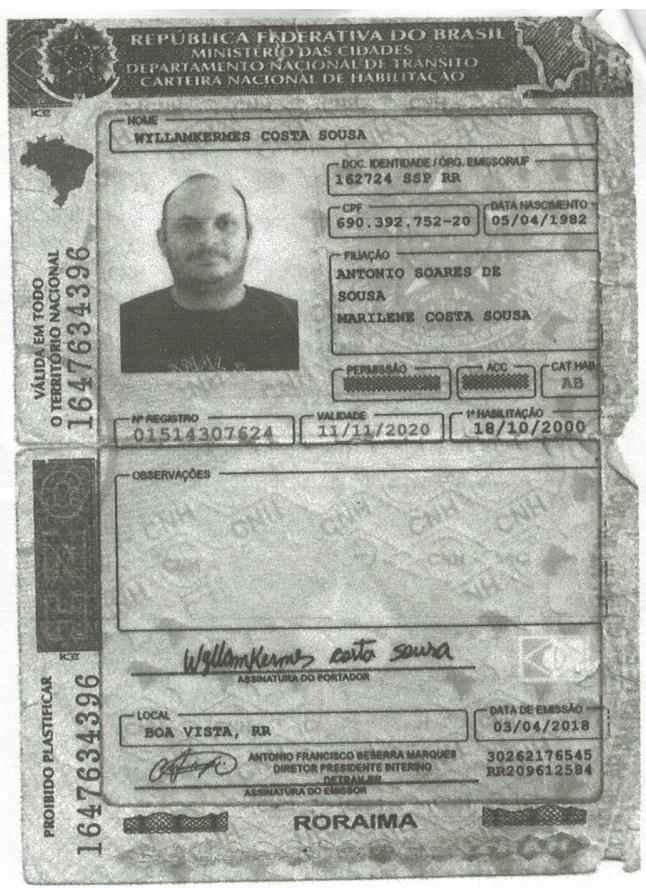


## PROCURAÇÃO

Eu, WYLLAMKERMES COSTA SOUSA, brasileiro (a), SOLTEIRO, LINEGRIPISIA, portador (a) da cédula de identidade RG nº 162714, inscrito (a) no CPF sob o nº 690392752-20, residente e domiciliado (a) na AV. NOSSA SENHORA FATIMA, nº 3942, Bairro MUÇAMBI, CEP 69.340.000, telefone nº 99134-2155 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima, fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos 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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 08 de JUNHO de 2020.

Wyllamkermes Costa Sousa  
OUTORGANTE.



15/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



## FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Tec. Douglas + cond. Jodilson

Paciente: William Quermeson Costa Idade: 37 Sexo:  M  F  
 Nacionalidade: Brasil Raça:  Branca  Negra  Parda  Amarela  Indígena-Etnia  
 Endereço: Av. Padre Archieta Ribeirão Preto  
 Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: <b>21232</b>	DATA <b>07/12/19</b>	ACIONAMENTO: <b>19:23</b>
		HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): <b>19:40</b>
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO	I OUTROS	

MECANISMO DE TRAUMA			
<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Quemadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:
	<input type="checkbox"/> Acidente com molo X <u>bike</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> passageiro		

AVALIAÇÃO INICIAL		Circulação		Aval. Neurológica
Vias Aéreas	Ventilação			
<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado	

Horas	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp..	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Inicio	<u>19:45</u>	<u>110/70</u>	<u>82</u>	<u>98%</u>	<u>°C</u>			
Fim	:	/			<u>°C</u>			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		<input type="checkbox"/> Contusão <u>MSJ</u> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <u>Mão Eng.</u> <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <u>M1D</u>	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	
Pelve	Coluna Dorsal			Membros	

AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFFECTAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	Medicações em uso

GRAVIDADE COMPROVADA:	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA
-----------------------	---

INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<b>MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> DETRAN		
-----------	--	---	--	--	--

RCP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: : <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> Término as: : <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP Não realizado OBS:
-----	---	--

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR	<input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros <u>Paulo Viegas</u> <u>Dr. Cirurgião Geral</u> <u>CRM-RR 1795</u>
---------	--	---	--	---

Márcia Veras Lopes

COORDENADORA GERAL

Central de Regulação de Urgências

SAMU 192

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro  
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ORIGINAL



CIEPA ENTRPE CE DO NT E	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: _____

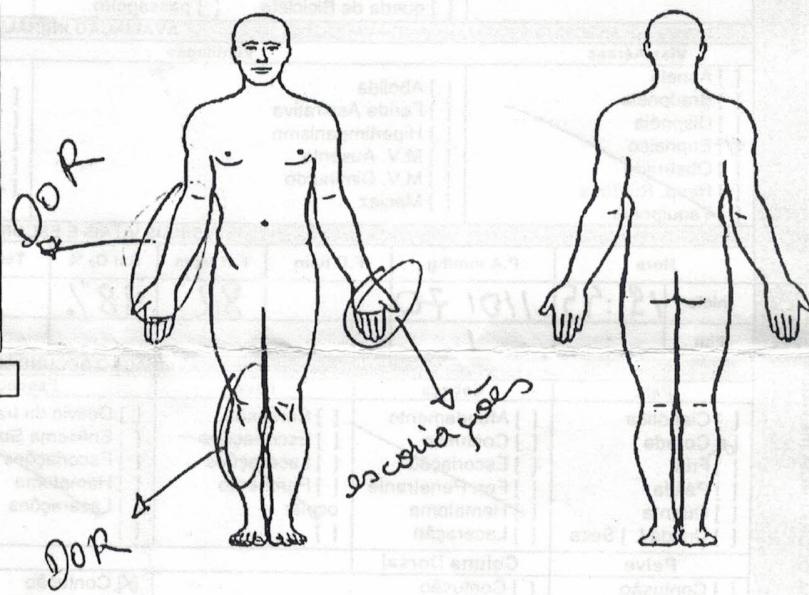
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	Pares de luvas — 04
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

Abertura Ocular (O):	Esportânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (deconticção)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

LEVE	MODERADA	INTENSA
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. acordado, consciente e orientado, refere dor em MMT e MSS. Já encontrados fora do local do acidente e sentados em uma cadeira. Transportado os GT.

*Lic. DPF*

*Márcia Verus Lopes*  
 COORDENADORA GERAL  
 Central de Regulação de Urgências  
 SAMU 192

**CONFERE COM O ORIGINAL**

583120



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 002195/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2020 11:56 Data/Hora Fim: 15/01/2020 12:13

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/12/2019 20:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: AV. PADRE ANCHIETA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/04/1982 Idade: 37 anos

Naturalidade:MA - São Domingos Profissão: Funcionário Público

Estado Civil:Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARILENE COSTA SOUSA Nome do Pai: ANTONIO SOARES DE SOUSA

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 690.392.752-20

RG - Carteira de Identidade: 162724

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA

Nº: 1258

Complemento: CASA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

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

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 870.375.562-20	Placa NAO4007
Renavam 00337941297	Número do Motor KC16E8B521844
Número do Chassi 9C2KC1680BR521844	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 28/07/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
WYLLAMKERMES COSTA SOUSA	Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DECRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA AV. PADRE ANCHIETA SENTIDO AVENIDA ATEIDE TEIVE > CIDADE SATELITE, QUANDO NO DECURSO DO TRAJETO UM CICLISTA DE NACIONALIDADE VENEZUELANA CRUZOU A SUA FRENT, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NO MESMO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O DEDO POLEGAR DA MÃO ESQUERDA E ROMPIMENTO DO LIGAMENTO DO JOELHO ESQUERDO. QUE NÃO SABE INFORMAR O NOME DO CICLISTA E TÃO POUCO O PARADEIRO DO MESMO. QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER TIPO DE REPRESENTAÇÃO. QUE O REGISTRO É TÃO SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

## ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia  
Matrícula 042600169

Responsável pelo Atendimento

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

(Vítima / Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



15/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem

COREN-RR-001.058.491-TE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

## FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente WILLIAN KERMES COSTA SOUZA Data Nascimento 05/04/1982 CMG

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade

Mãe Marilene Costa Souza Pai Contatos

Endereço RUA SILVA N° 91 SILVIO BOTELHO

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

Queixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Fei fez 20 dias p/ o SAMU vítima de acidente  
cambista moto x balaite sem prender nenh  
ar cós amarrado, apresenta hérnia estólica  
de punho de dor em ombro (D) e M. (M) e

Hipótese Diagnóstica:  não  hipop; glagow 15, pupilas isopróximas.  
Abd: dorante, dolor store.

SADT - Exames Complementares  RAIOS-X  ULTRASON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PREScrição APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Diagnose    
 T. lotil    
  
 Dr. Paulo Vieira    
Cirurgião Geral  CRM-RR 1795   
  
 3 S6 S7. S9. L5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brq. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Progresso - RR - 66062-0620  
A. F. T. E. N. T. I. C. A. C. A. O.  
01 JAN. 2020  
S. V. A. C. A. O.  
Certifico que é feita que a presente  
copia é feita Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Conduta  Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta à Revenda  Internação  
 Transferência para:  Data e Hora da Saida/Alta: / / : :

Óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



07/12/19

Ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito, com trauma contuso em Joelho (E)

Rx: Sem Fx/Lx

Por evolução Imagin de acometida integral se solicita TC.

TC: Imagin sugestiva de contusão de LCM.

Cdi

Envolvimento

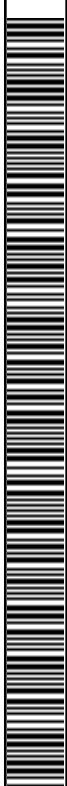
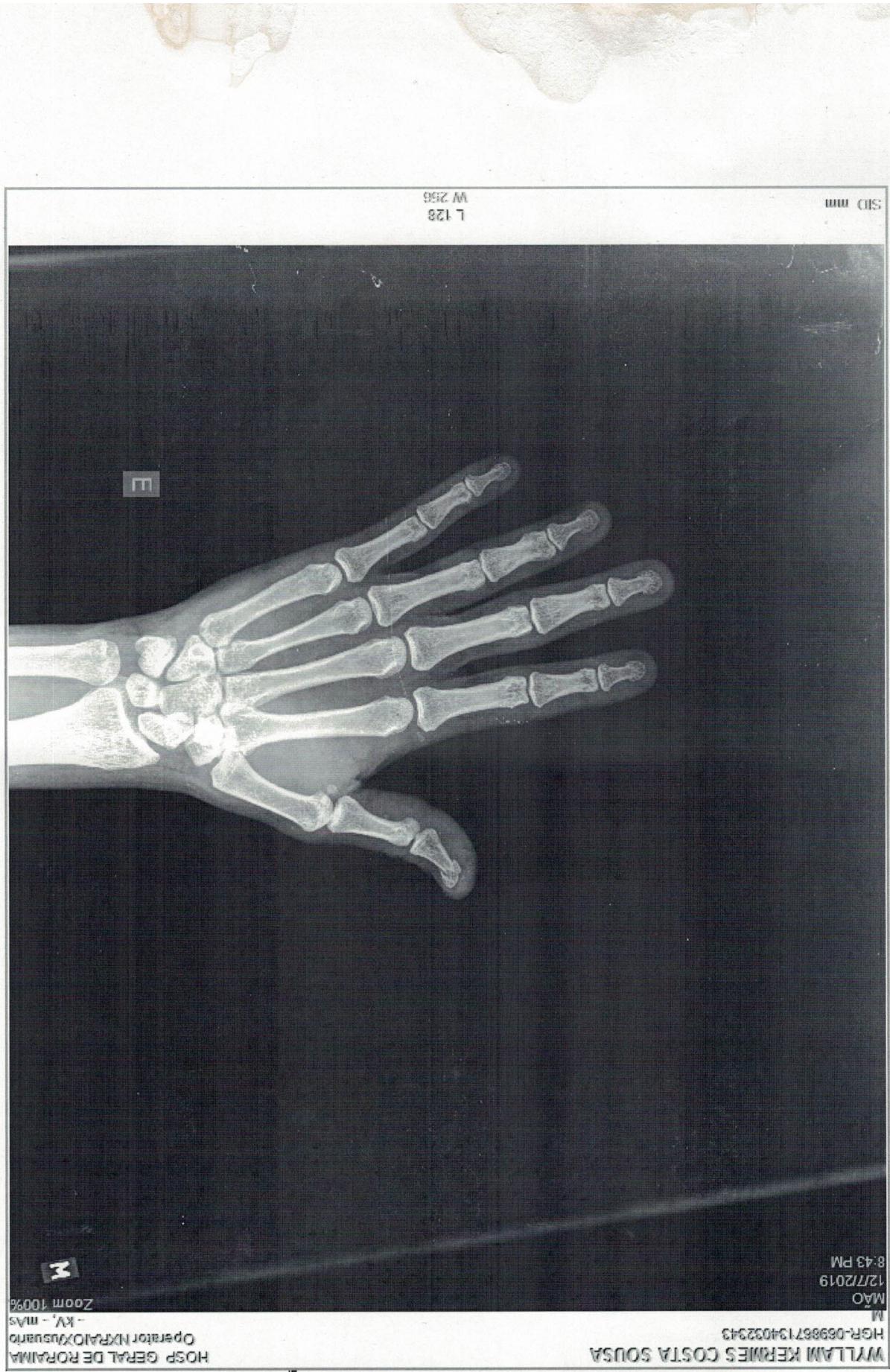
Análise

retores Articulares

Dr. Pedro de S. Auster  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Edmundo Gomes, S/N  
Novo Progresso - Roraima - 69221-0620  
AUTENTIFICAÇÃO

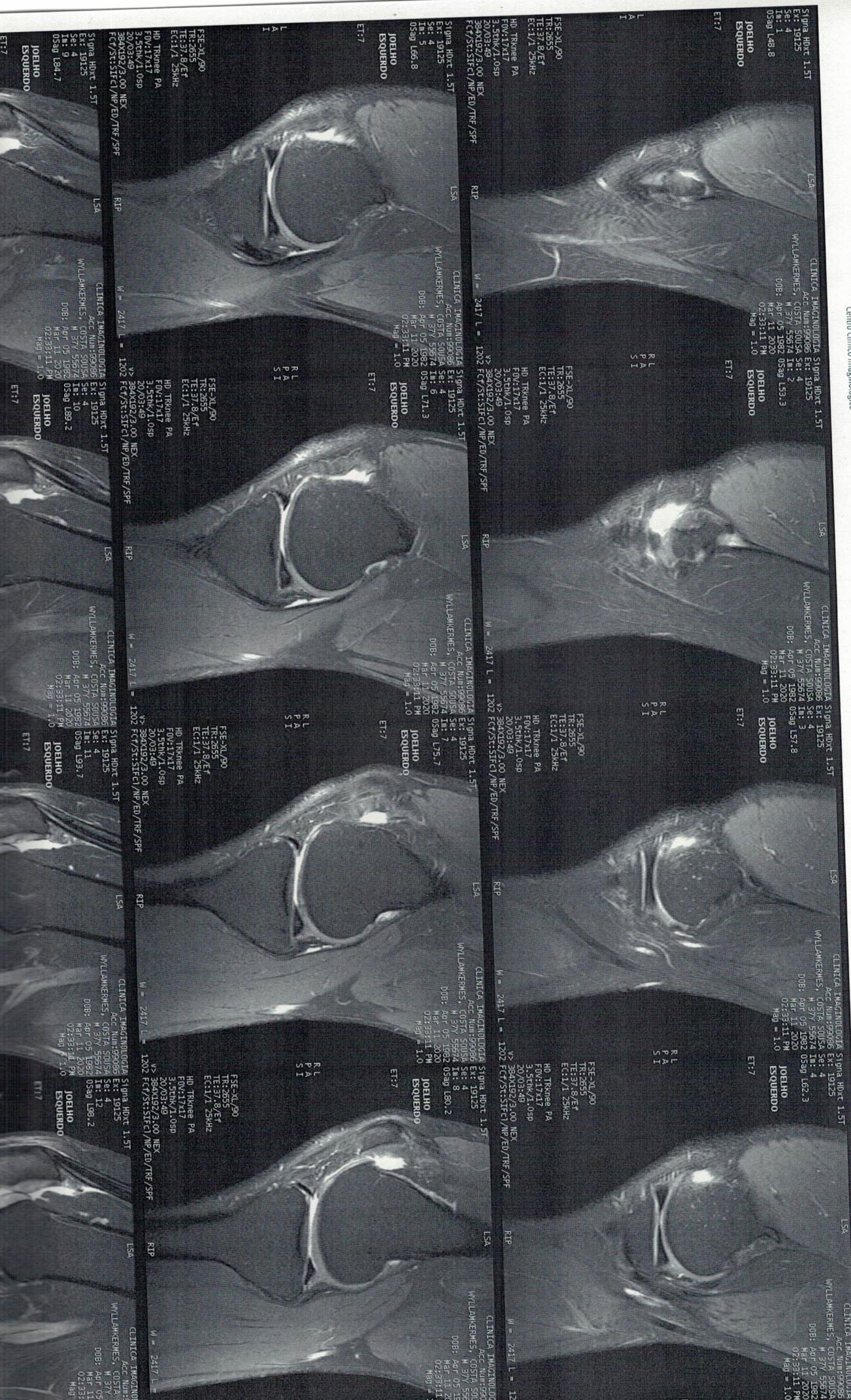
01 JAN. 2020  
Spence  
Certifico que é falso que a presente  
cópia é falso Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital





Centro Clínico Imagnológico

CLÍNICA IMAGINOLÓGICA Sigma Hora 1.5T



<b>BORAIMA ENERGIA S.A.</b> Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Insc. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13		<b>Nº da Nota Fiscal</b> 5257578	
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. <b>FCAM*</b>			
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2020	11/06/2020	398	88,10
ANTONIO FERREIRA BRANCO AV NOSSA SENHORA DE FATIMA 3942 - CENTRO CEP: 69.340-000 - MUCAJAI		CPF: 00077562674272	
DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	165	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	0	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	30	Ligaçao:	B1F
Constante de Multiplicação:	1,000	Número Medidor:	B902013305
Consumo medido:	165	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	398	Modalidade:	CONVENIO
DETALHAMENTO DA CONTA			
CONSUMO	398	A R\$ 0,753650 =	299,95
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			18,54
PAGAMENTO EM DUPLICIDADE			255,49-
RELIGACAO			8,07
VISTORIA DE UC			7,06
21.06.2020	21.06.2020		2,01

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Wylliankennes COSTA SOUSA, brasileiro  
(a), SOLTEIRO/ CINECRÍTICO portador (a) do RG nº  
162724, inscrito (a) no CPF sob o nº 690392752-20 residente e  
domiciliado (a) na AV: NOSSA SENHORA ESTRELA nº 3942, Bairro  
MUCASAI, Boa Vista/RR, CEP 69340.000, telefone  
nº (95) 991342155. 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, 08 de JUNHO de 2020.

Wylliankennes costa sousa  
DECLARANTE

