



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, 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, 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

PROCURAÇÃO

Eu, WYLLANKERMES COSTA SOUSA, brasileiro (a), SOLTEIRO, LINEGRAPISTA, portador (a) da cédula de identidade RG nº 162724, inscrito (a) no CPF sob o nº 690392752-20, residente e domiciliado (a) na AV. NOSSA SENHORA FATIMA, nº 3942, Bairro MUCATÁ, 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 perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 08 de JUNHO de 2020.

Wyllankermes Costa Sousa
OUTORGANTE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1647634396

HOME
WYLLANKERMES COSTA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAP
162724 SSP RR

CPF
690.392.752-20

DATA NASCIMENTO
05/04/1982

FILIAÇÃO
ANTONIO SOARES DE SOUSA
MARILENE COSTA SOUSA

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
01514307624

VALIDADE
11/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
18/10/2000

OBSERVAÇÕES

Wyllankermes Costa Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
03/04/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETALHE
30262176545
RR209612584

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1647634396





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: **Brazil** Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: **Av. Padre Archista** **Prac. Mangueira**
Ponto de referência: **Prac. Mangueira**

Nº da Ocorrência: **21232** DATA: **07/12/19** AÇÃOAMENTO: **19:23**
Médico (a) Regulador (a): **Dr. Erico** HORA CHEGADA NO LOCAL (J10): **19:40**

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Alropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Molista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vílima projetada <input type="checkbox"/> Vílima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X bike <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<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	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"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Raupneia	<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"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início 19:45	110/70		82	98%	°C			
Fim :	1				°C			

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"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/>	<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"/> Lacerações <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"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações

Membros

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<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 checked="" type="checkbox"/> Contusão MSD <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações Mão Esq <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações MID <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<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"/> Infeciosa <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

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS
<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 <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

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

DESTINO

DESTINO	Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de 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

Márcia Veras Lopes
COORDENADORA GERAL
Central de Regulação de Urgências
SAMU 192

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

Dr. Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

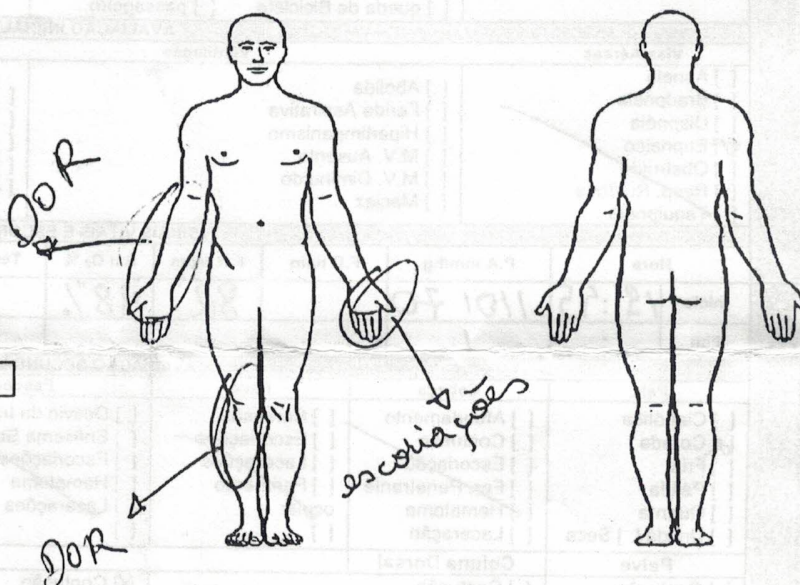
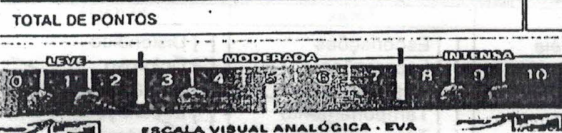
CONFERE COM O ORIGINAL

CIÉPAENRTPE 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	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO
Pares de luvas — 04

Abertura Ocular (O):	Espontânea	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 (decorticação)	3 pontos
Resposta Verbal (V)	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. acordado, consciente e orientado, refere dor em MMII e MMSS. Já encontrado fora do local do acidente e sentado em uma cadeira. Transportado ao GT.

Marcia
Márcia Veras Lopes
COORDENADORA GERAL
Central de Regulação de Urgências
SAMU 192
CONFERE COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 15/01/2020 12:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

Ppe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

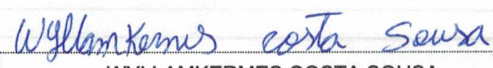
Nome Envolvido	Envolvimentos
WYLLAMKERMES COSTA SOUSA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU 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 SATÉLITE, QUANDO NO DECURSO DO TRAJETO UM CICLISTA DE NACIONALIDADE VENEZUELANA CRUZOU A SUA FRENTE, 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 042900169
Responsável pelo Atendimento


WYLLAMKERMES COSTA SOUSA
(Vítima / Comunicante)

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



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 BRIGADERO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: WILLIAM KERMES COSTA SOUZA Data Nascimento: 05/04/1982 Data: 37 CMS
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
Mãe: Marikene Costa Souza Pai Contatos
Endereço: RUA SILO N: 91 SÍLVIO 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 URGÊNCIA 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)
Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico com fratura de braço direito com fratura fechada de humero e fratura de ombro (D) e (M) e

Exame Físico ar color amarelado, apresentando hemiparesia direita de face de dor em ombro (D) e (M) e

Hipótese Diagnóstica não (E). Hemiparesia direita, membros inferiores paralisados, Abdo: mofo. Alteração sensorial.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dorso de 40g		
2) T. Col. 40g		
3) S6 5r. 50ml		

Dr. Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Povoado - CEP 69200-000
01 JAN. 2020
Cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta à Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Internação 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



07/12/19

Ortopedia

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

Rx: sem Fx / Lx

for evidenciar imagem de fratura irregular se solvata TC.

TC: Imagem sugestiva de calu/fractura de LCM.

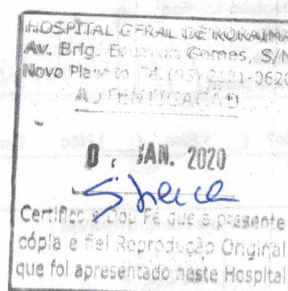
cd:

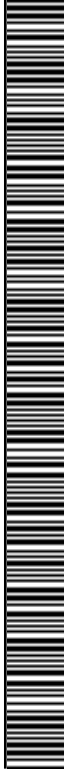
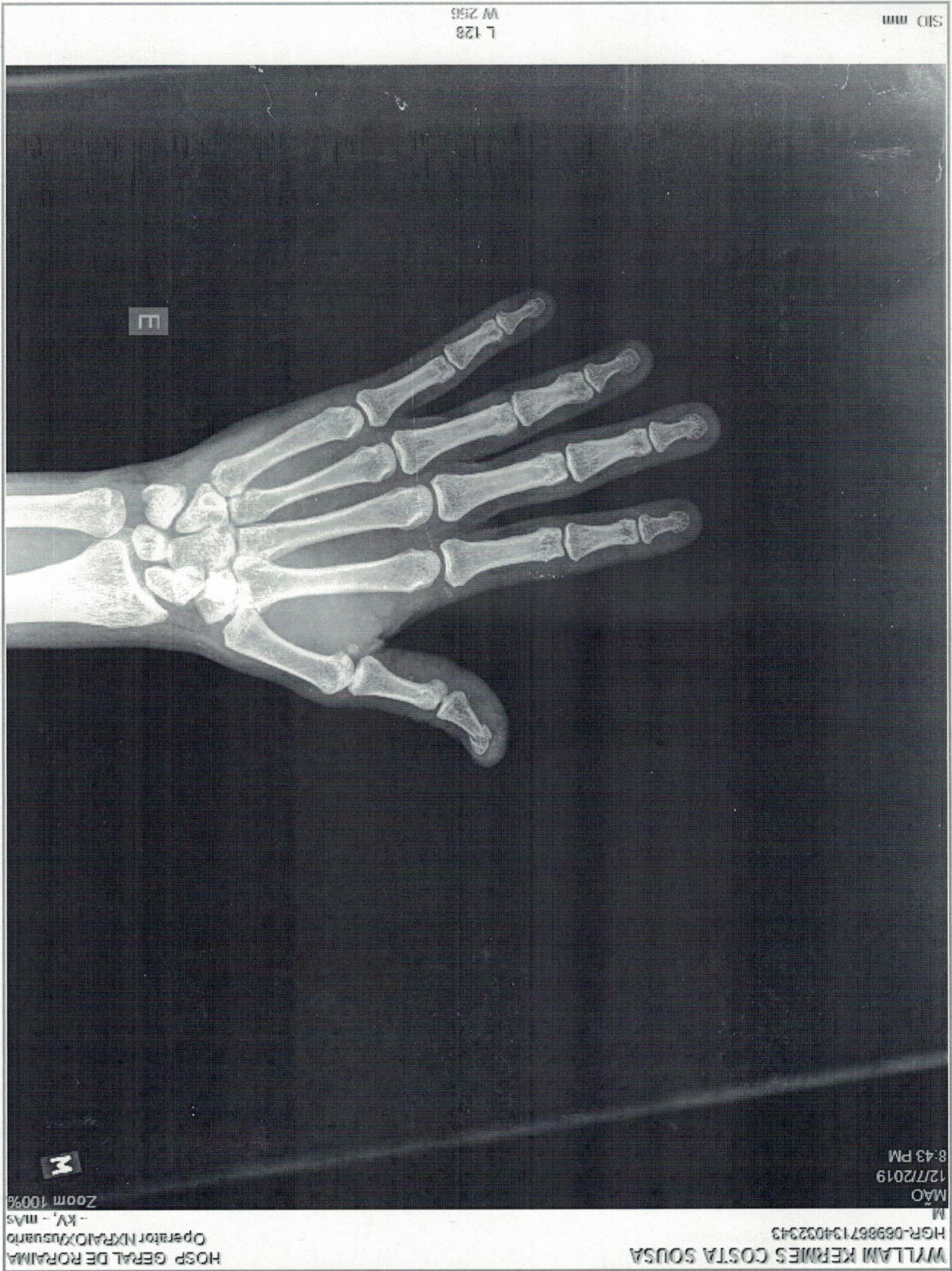
Imobilizado

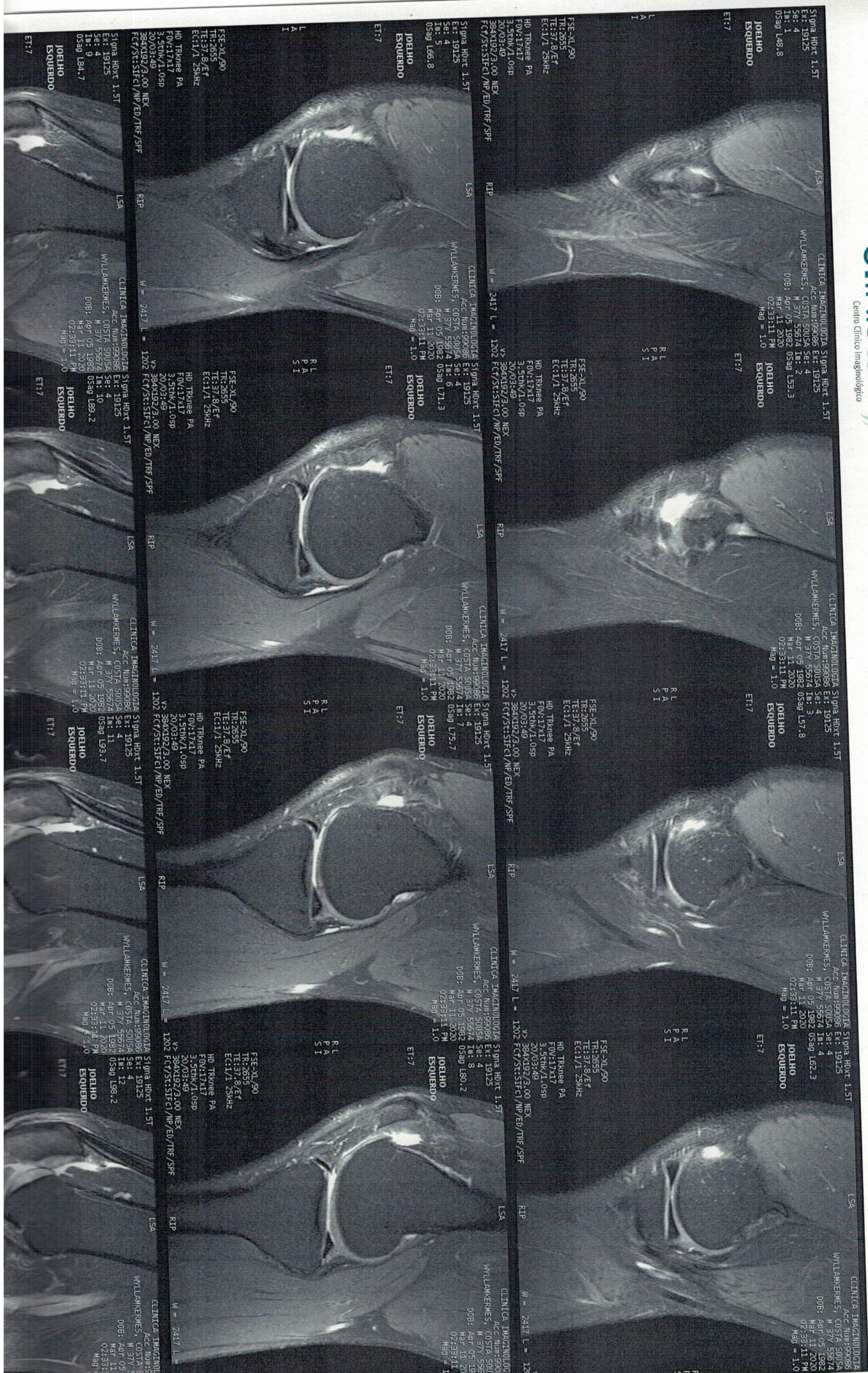
Analgésico

retorno Ambulatorial

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







RORAIMA ENERGIA S.A.

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

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

Nº da Nota Fiscal 5257578

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

CONTA MÊS

MAIO/2020

VENCIMENTO

11/06/2020

CONSUMO (kWh)

398

TOTAL A PAGAR (R\$)

88,10

ANTONIO FERREIRA BRANCO
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA 3942 - CENTRO
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

CPF: 00077562674272

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 165
Anterior: 0
Dias de consumo: 30
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 165
Consumo Faturado: 398

DATAS DA LEITURA

Atual: 25/05/2020
Anterior: 25/04/2020
Próxima leitura: 25/06/2020
Emissão: 22/05/2020
Apresentação: 25/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIF
Número Medidor: B902013305
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENC

DESCRIÇÃO 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

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, WYLLANKENNES COSTA SOUSA, brasileiro
(a), SOLTEIRO/CINEGRAFISTA portador (a) do RG nº
162724, inscrito (a) no CPF sob o nº 690392752-20 residente e
domiciliado (a) na AV: NOSSA SENHORA FÁTIMA 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.

Wyllankennes Costa Sousa
DECLARANTE