



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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200300344 Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

Informamos que o pagam

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\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JULIO MENEZES PALACIO**

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029448-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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 - DAVIS. 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.

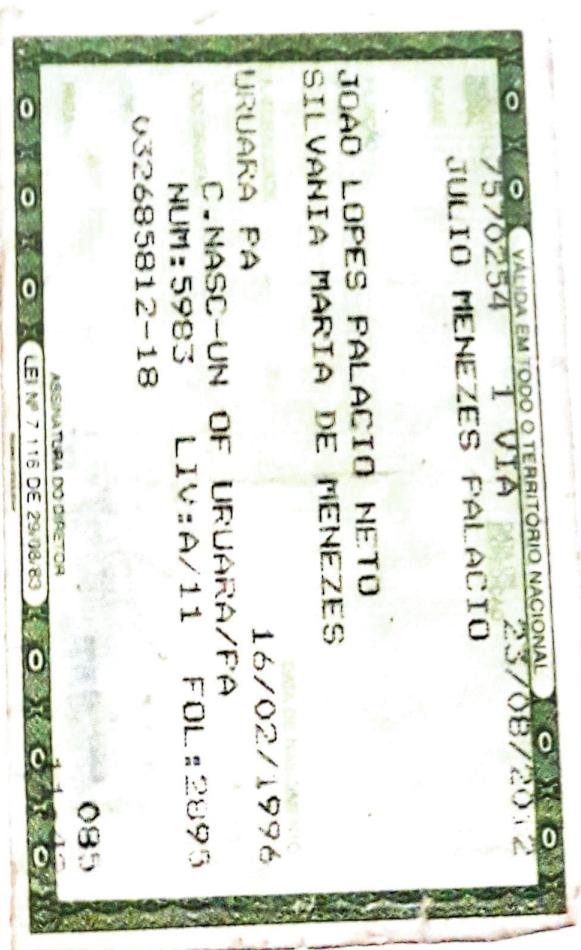
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

PROCURAÇÃO

Eu, Julio Menezes Palacio, brasileiro (a), solteiro, Serviço Geral, portador (a) da cédula de identidade RG nº 7570254, inscrito (a) no CPF sob o nº 032.685.812-18, residente e domiciliado (a) na Rua das Flores, nº 2445, Bairro Boa Vista, CEP 69.314-358, telefone nº 99132-5677. 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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 03 de Setembro de 2020.

Julio Menezes Palacio
OUTORGANTE.



23/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / RORAINÓPOLIS**

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade	Sámu									
Paciente	Felicio Menegos Palacio									
Endereço	SBK 174, depois de nova clinica.									
CHAMADA	Nº Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:	DATA 08/10/2020 HORA SAÍDA 07:30 HORA CHEGADA: 09:55								
MOTIVO	[] SOCORRO [] TRANSPORTE [] OUTRO									
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA									
	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS						
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag MOTO/BICICLETA <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <i>comenhaw</i> <input type="checkbox"/> Condutor [] Carona [] Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> condutor [] passageiro	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____							
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AValiação INICIAL									
	Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica						
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuido _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Olorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV							
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	SINAIS VITAIS E ESCORES									
	Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	08:35	110/60	65	98						
Fim										
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome				
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração					
Pelve	Coluna Dorsal	Membros								
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ <input type="checkbox"/>						
AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFECÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PEGRESSA					
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovacular <input type="checkbox"/> Abordo	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso _____	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros _____					
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> EQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO						

Dr. Oscar E. Riss Quiroga
Clínico Geral/CRM-RR 1998

08 FEVEREIRO 2020

Assinatura e Carrimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
RCP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____	<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	DADOS PESSOAIS DA VITIMA
	<input type="checkbox"/> Cosme e Sílvia <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros	



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjoiudi.tjrr.jus.br/pjoiudi/> - Identificador: PJYYR WLPPY6 PZ669 K7Q2K





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **332/2020** DATA: 16/03/2020 HORA: 10:00

ATENDENTE: JAILSON MEDEIROS DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:00
LOCAL: BR 174 – VILA DE NOVA COLINA – ÁREA RURAL

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: JOÃO LOPES PALACIO NETO RG: 2061887/ PA CPF: 572.170.922-72
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1968 IDADE: 51 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CODÓ UF: MA
PAI: RAIMUNDO LOPES PALACIO MÃE: JOVENILIA FEITOSA PALACIO
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA – S/N – QUADRA 12 – LOPE 13 – BAIRRO: JÚLIO ARCANJO.
TELEFONE: 99175-0455

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JULIO MENEZES PÁLACIO RG: 7570254 CPF: 032.685.812-18
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996 IDADE: 24 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: URUARÁ UF: PA
PAI: JOÃO LOPES PALACIO NETO MÃE: SILVANIA MARIA DE MENEZES
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA – S/N – QUADRA 12 – LOPE 13 – BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE

CÓDIGO
1001

INFRAÇÃO
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

Descrição
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o Senhor **João Lopes Pálacio Neto**,
GENITOR de “**Júlio Menezes Pálacio**”, para comunicar o acidente de trânsito ocorrido com
seu filho no dia 08/02/2020 por volta das 08:00 horas, que o comunicante se deslocava em um
caminhão e seu filho numa Motocicleta de Placa PHE-8385, quando um dado momento seu
filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmur Direito,
Braço Direito, Bacia e Clavícula, conforme guia de atendimento Médico. É o relato.

JAİLSON MEDEIROS
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO LOPES PALACIO NETO
COMUNICANTE / RESPONSÁVEL

DESPACHO

- () Fato atípico, arquive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____

Intimado para dia ____ / ____ / ____ as ____ : ____ Delegado(a) de Policia Civil

Testemunhas: _____

() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____ / ____ / ____ , horário: ____ :

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúncia caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção),
ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente à ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal -Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

Novo ATG
11/02/2020 visto
Reclassificação _____
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação _____
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

XX 12 6228	08/02/2020 14:06:32	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	24	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JÚLIO MENEZES PALACIO		16/02/1996	23 A 11 M 21 D	203153415890003	03268581218		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe	SIVANIA MARIA DE MENEZES			M	NAO	PARDA	BRASILEIRA
Endereço	RUA - RORAINOPOLIS - SN -- BOA VISTA - RR			NI		Contato	99132-5677
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento						
Setor	URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
	SAMU REGIONAL						
Tabela Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Acidente automobilístico							
Anamnese de Enfermagem <i>negt Alergias</i>							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Paciente sofre acidente automobilístico moto x comichão com fraturas de MID e MSD. Encaminhado pelo</i>							
Exame Físico <i>Ortopedista SEG, inadmissível em Piscina AAA, LOTE, Glasgow 15, expneus em AR Ambiente</i>							
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura Articular Fratura de polze em livros</i>							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO <i>(1) Síntese (2) Síntese Avaliação da crural com (3) Síntese exames laboratoriais para (4) Síntese Hemocliposintes (03 CTI) (5) Síntese tomografias contínuas (03 PFC) (6) SE 0,9% 2.000 mL EV (03 PTFU/n) (7) Síntese transfusão 250 mL/1000 mL - 4 Amu + ST 0,9% 500 mL EV em 10 min</i>			APRAZAMENTO <i>03</i>		OBSERVAÇÃO		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia / URG</i>							
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-RR 2137

Impresso por: matheus.alves
Data Hora: 08/02/2020 14:09:16



08/02/20 Ortopedia
paciente com fratura de acetabulo
transverso, apresentando multiplos
fracturas (fx clavicular proximal (D),
fx cotovelo (D), fx antebraço (D),
fx punho (D), fx pelve (D))
Ex. fíbula, paciente hipocorado, taguscoídeu
PA não avaliado.

Cd: SO 6T PL transfuso sanguíneo
+ infusão de volume
e após estabilizado ad
C.C. para fixar

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

às 16:00

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CBM-RR 2028

09.02.2020
Julio menezes Balacius
044200109010

287

16:20	36.0	90x60	146	16
16:35	36	90x60	117	17
17:21	36	90x60	117	20

Leymar

Dr. Leon Pereira Pires
Médico
CRM-RR 2007-214



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO 24 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 02/04/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX DISTAL DE FEMUR D E NO DIA
02/04/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTSE DE FX DISTAL DE DEMUR D SENDO
OPERADO PELO DOUTOR CARLOS HENRIQUE E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 06/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 04 (QUATRO) SEMANAS, COM O
DOUTOR CARLOS HENRIQUE.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;**
- 2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;**
- 3. NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;**
- 4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;**
- 5. NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL;**
- 6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Vitor Montenegro

Dr. Lael dos Santos da Silva

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2015

segunda-feira, 6 de abril de 2020



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 impostos autorizada pela SEFAZ 368/13

conosco informa
este número

0062263-0

Nº da Nota Fiscal 003272277

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	651	523,28

RONALDO DOS SANTOS LIMA
R. SEBASTIAO ALV PAIVA 444 – SÉRVIO ELITE

CPF: 00038196743-20

CEP: 69.314-358 – BOA VISTA

ROT: 11.001.19.09.676650

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	73075		Atual: 18/07/2019
Anterior:	72424		Anterior: 17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 18/08/2019
Consumo Médio:	651		Emissão: 17/07/2019
Consumo Faturado:	651	FCAM	Apresentação: 18/07/2019

NORMAL		3.1				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses	
COMMERCIAL	TRI	E2906086	N 1420162	3.1.3.3	482	
HISTÓRICO kWh						
Mês/ano consumo						
JUN/19	238	CONSUMO	651 A R\$ 0,764602 =	497,75		
MAI/19	587	ILUMINACAO PUBLICA		25,53		
ABR/19	653					
MAR/19	596					
FEV/19	520					
JAN/19	380					
DEZ/18	440					
NOV/18	503					
OUT/18	405					
SET/18	226					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 651 - 0,634620						

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 262,05

Notificamos que o vencimento para pagamento do fornecimento de energia elétrica é dia 02/08/2019. A função das contas reavaliadas neste faturamento não pagamento pode levar também à inclusão do nome do endereço na SEFAZ. Informamos ainda que a(s) conta(s) encerrada(s) e/ou reavaliada(s) no valor de R\$ 497,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800-7019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - RS		IMPOSTOS/TRIBUTOS - RS	
Distriuição:	127,88	Base de Cálculo:	497,75
Energia:	271,18	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	84,61
Encargos:	14,08	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE		0,00	

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

5,16 14,00 1,01

FLORESTA

ROT: 11.001.19.09.676650



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

SEU CÓDIGO	05/2019	TOTAL A PAGAR - R\$
0062263-0		523,28
MÊS FATURADO		VENCIMENTO
07/2019		06/08/2019
Nº da Nota Fiscal:		003272277 FCAM

8367000005 9 23280075000 1 00000000062 26300719008 9



SFQ.: 00182 UC: 0062263-0 DT.LEIT: 18/07/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 73075 NORMAL TOTAL: 523,28 CARGA: 019

DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1221