

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: WELLINGTON BATISTA DA SILVA Brasileiro, solteiro, Office boy, portador (a) da cédula de identidade nº 3016994 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 555.730.453-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: chile, Nº 213 , Bloco-10, Ap- 201 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-632. Tel: (95) 99125-3878 E-mail: resbell30@gmail.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832. com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

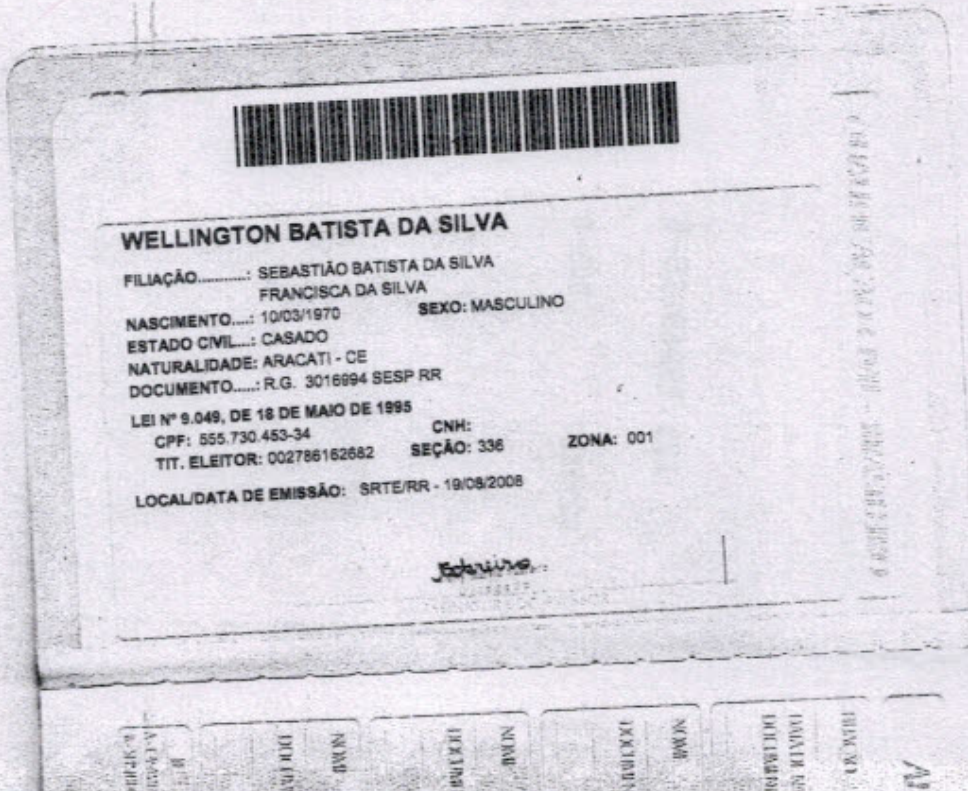
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 19 / 07 / 2019

8 _____
WELLINGTON BATISTA DA SILVA
WELLINGTON BATISTA DA SILVA



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

WELLINGTON BATISTA DA SILVA Brasileiro, solteiro, Office boy, portador (a) da cédula de identidade nº 3016994 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 555.730.453-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista. Estado de Roraima sito à Av: chile , Nº 213. Bloco-10, Ap- 201 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-632.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 19 / 07 / 2019

8 WELLINGTON BATISTA DA SILVA
WELLINGTON BATISTA DA SILVA



POLEGAR DIREITO





RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 398/13

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO
0099863-0

Nº da Nota Fiscal 003117133

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\$)
JUNHO/2019	20/07/2019	50	59,39

GETSIANE DA SILVA ESBELL
 AV CHILE 213 BLOCO 10 APT 201 CARANA
 CPF: 00061634336291
 CEP: 69.313-632 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.07.010500

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	12861			Atual:	21/06/2019
Anterior:	12813			Anterior:	23/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	21/07/2019
Consumo Medido:	48			Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	50	FCAH		Apresentação:	21/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	14TDB0.0540	1504255	1.1.1.2	37

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	kWh	Valor	Valor
MAI/19	51	50 A R\$ 0,773664 =	38,68
ABR/19	45	CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00	0,05
MAR/19	51	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	0,17
FEV/19	72	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	0,57
JAN/19	79	JUROS DE HORA POR ATR 04/19-00	0,07
DEZ/18	50	MULTA POR ATRASO 04/19-00	0,79
NOV/18	44	JUROS DE HORA DE IHPO 04/19-00	0,14
OUT/18	48	ILUMINACAO PUBLICA	18,92
SET/18	6		
AGO/18	0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 50 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

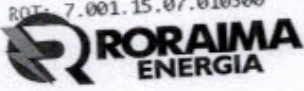
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Parabéns! Até o dia 19/06/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,83	Base de Cálculo:	38,68
Energia:	20,84	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	6,57
Encargos:	1,08	Valor do PIS:	0,06
Tributos:		Valor do COFINS:	0,70

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

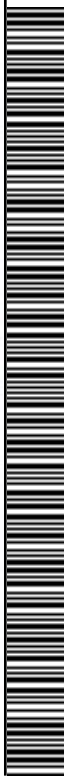
FLORESTA

ROT: 7.001.15.07.010500



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

SEU CÓDIGO	0099863-0	04/2019	16,40
MÊS FATURADO	06/2019	TOTAL A PAGAR - R\$	59,39
		VENCIMENTO	20/07/2019



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WELLINGTON BATISTA DA SILVA Brasileiro, solteiro, Office boy, portador (a) da cédula de identidade nº 3016994 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 555.730.453-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: chile , Nº 213Bloco-10, Ap- 201 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-632.

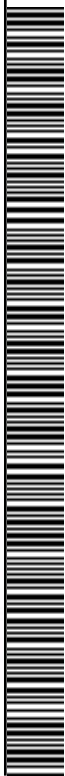
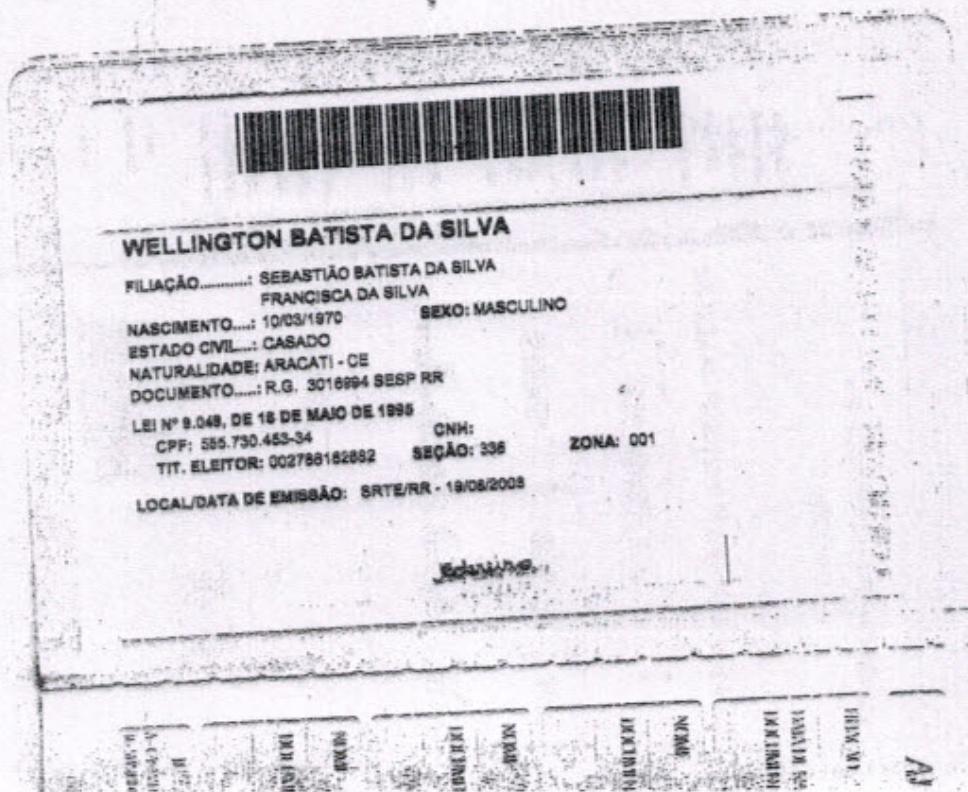
DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 19 / 07 / 2019.

WELLINGTON BATISTA DA SILVA
WELLINGTON BATISTA DA SILVA





REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR		
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

REGISTRADO EM		
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

REGISTRADO EM		
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR		
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

REGISTRADO EM		
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

REGISTRADO EM		
FLS.	PROC. N°	PROFISSÃO
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LESCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MEMBRO

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 875, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
07644	0013 KE	CE	23 / 01 / 85
0109109 Waldemar Costa da Silva			

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: *Freire & Cia Ltda*

COC/CPF/CEI: *059356921000459*

ENDEREÇO: *R. Major Williams*

Nº 1769 - São Francisco

MUNICÍPIO: *Boa Vista* UF: *RR*

ESP DO ESTABELECIMENTO: *Suplementado*

CARGO: *Repositor*

CBO N°: *521125*

DATA DE ADMISSÃO: *01* DE *Junho* DE *2005*

REGISTRO N°:

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: *R\$ 108,00 (Oito e oito reais)*

Freire & Cia Ltda

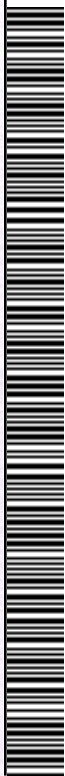
DATA DE SAÍDA: *30* DE *Junho* DE *2009*

Freire & Cia Ltda

COM. DISPENSA CD N°: *28250*

FGTS N° DA CONTR: *Uls Mano Medeiros Jacome*

07



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **M. PIRES LIMA**
 Rua Valério Magalhães, 1070 - São Francisco
 CEP 69305-150
 Boa Vista - RR

DATA DE ADMISSÃO: 01 de Setembro de 2009
 REGISTRO Nº: 009 FLS / FICHA: 010
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 650,00
 M. PIRES LIMA

DATA DE SAÍDA: 26 de Setembro de 2015
 COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTRA: _____

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **FRIOTRANS COM. E TRANSP. DE CARGAS LTDA.**
 Rua: José Aleixo, 3026 - Asa Branca
 CEP: 69.312-246
 Boa Vista/RR

DATA DE ADMISSÃO: 27 de Julho de 2016
 REGISTRO Nº: 800192 FLS / FICHA: _____
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 944,00 (Novecentos e quarenta e quatro reais)

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____
 COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTRA: _____

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____
 COG/CPF/CEI: _____
 ENDEREÇO: _____
 MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____
 CARGO: _____
 CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
 REGISTRO Nº: _____ FLS / FICHA: _____
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTRA: _____

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____
 COG/CPF/CEI: _____
 ENDEREÇO: _____
 MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____
 CARGO: _____
 CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
 REGISTRO Nº: _____ FLS / FICHA: _____
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTRA: _____



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 300/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 15/05/2018

COMUNICANTE: WELLINGTON BATISTA DA SILVA

RG: 301699-4

EXP.: SSP/RR

CPF: 555.730.453-34

ENDEREÇO: AV. CHILEY, BLOCO 10 APT. 201

Nº 213

BAIRRO: CARANÃ

CIDADE: BOA VISTA

UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: MOTOBOY

NATURALIDADE: ARACATI

ESTADO: CE

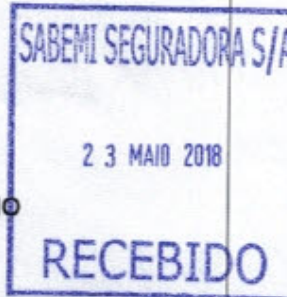
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1970 IDADE: 49 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO

FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 9 9125-3878 Nº REG. 06768324909

NOME DO PAI: SEBASTIÃO BATISTA DA SILVA

NOME DA MÃE: FRANCISCA DA SILVA



Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:20 do dia 22/01/2018, NA AV. PRINCESA ISABEL - CAIMBÉ

O comunicante **WELLINGTON BATISTA DA SILVA**, habilitado, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia o veículo HONDA/BIZ 125 ES, PLACA NUI-3640, CHASSI 9C2JC4220AR396386, de propriedade de GESIANE DA SILVA ESBELL, ANO/MOD 2010/2010, de cor PRETA, trafegava sentido Bairro Caranã, quando ao se aproximar do semáforo, foi colidido por outro motociclista; QUE o comunicante foi conduzido ao HGR pela equipe de BOMBEIROS; QUE devido o acidente o comunicante teve LESÃO CORPORAL; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o registro é para fins de DPVAT. É o relato

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

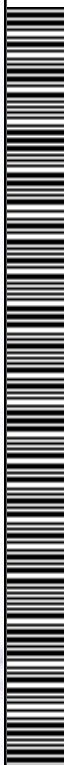
Wellington Batista da Silva
WELLINGTON BATISTA DA SILVA

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."



Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
Agente de Polícia Civil



0291-18



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
 COMANDO OPERACIONAL
 COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0031738
 OCORRÊNCIA: TRAUMA CLÍNICO
 CÓDIGO: 7-05
 REG. DE REFERÊNCIA:

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
22/01/18	R-02115	<input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		12h 26min	12h 34min	12h 49min	13h 03min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: Av. Princesa Isabel Nº 5111 BAIRRO: caimbeí
 CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: prox. Ponto Abel Galinha
 LOCAL DA OCORRÊNCIA RESIDÊNCIA TRABALHO VIA PÚBLICA OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Wellington Balota da Silva R.G.:
 D.N.: 10/03/70 IDADE: 47^o SEXO: Masculino Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM NÃO
 ENDEREÇO: Av. CHILE n° 213 Blc 10 APT N 201 BAIRRO: Caraná
 CIDADE: Boa Vista Telefone: 99125-3878

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.
 O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.
 Assinatura do paciente/vítima: _____ RG N°: _____ SSP/_____
 Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/_____
 Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/_____

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input checked="" type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

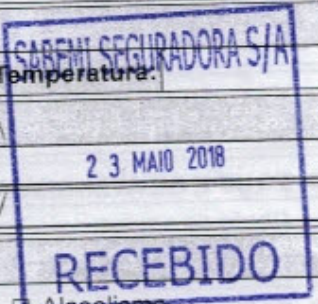
PA: _____ FR: _____ FC: _____ SpO2: _____ Temperatura: _____

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: NÃO SIM - QUAL (is): _____
 USO DE MEDICAMENTOS: NÃO SIM - QUAIS: _____

8. CASOS CLÍNICOS

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto | <input type="checkbox"/> Choque anafilático | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto | <input type="checkbox"/> Crise convulsiva | <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações | <input type="checkbox"/> Desmaio/sincope | <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital |
| <input type="checkbox"/> AVE | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros | <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica | |

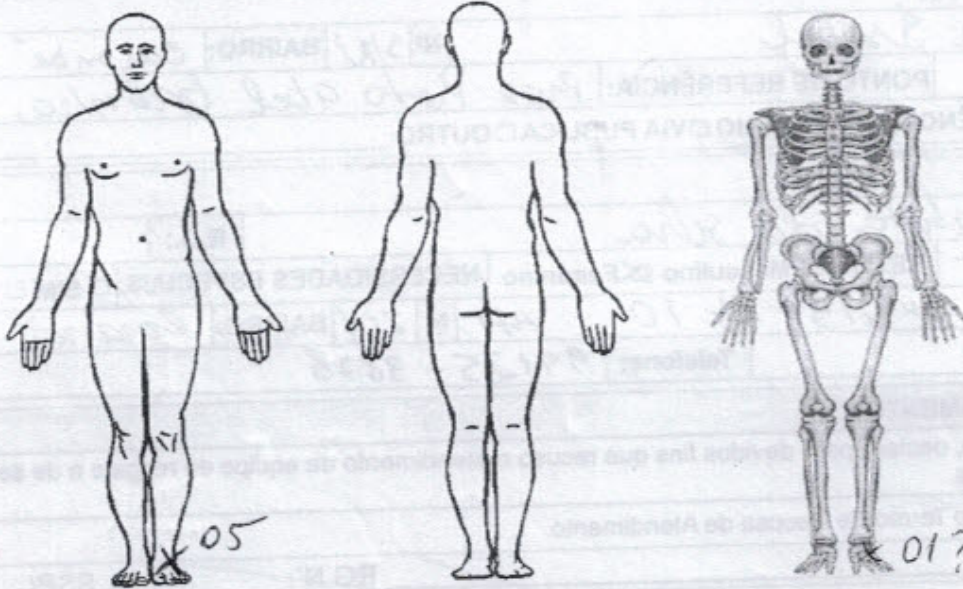


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX46 LSFPH AM445 9V6GD

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Acidente de trânsito com o x moto, vítima em contramão se sentada, eoussante, com ferimento lacerante em pé @, Hemorragia severa. havia um boniquete empourado por populares em região distal da Tíbia. Realizado os procedimentos de contenção hemorrágica e conduzi-mos a vítima ao PS.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und _____ | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis _____ | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | _____ | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |

Aos cuidados de:

RG: _____

Telefone: _____

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |



14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- Crítico Instável Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: <u>St Kauffman</u>	Socorrista (s): <u>sd papulino</u>	Condutor da VTR: <u>sd silveira</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Dr. Patrick Araújo</u>
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____	Carimbo: <u>Dr. Patrick Araújo</u> Clínica Médica / Trauma 1441
Documento de identidade: _____	
Registro do Conselho (CRM, COREN): _____	



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, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190278096 Vítima: ROBERTO JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO JUVINO DA 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\$ 2.362,50

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

Recebedor: ROBERTO JUVINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000022143-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 00913/00914 - conta_15R - INVALIDEZ

