

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

Pelo presente instrumento de procuração o (s) Outorgante (s) confere (m) poderes ao (s) Outorgado (s) na forma a seguir

outorgante Eudes Sousa de Oliveira,
nacionalidade: _____, estado civil: _____,
profissão: _____, portador do CPF nº 383.1272.1522-91,
portador da R.G nº 115369, SSP/RR, residente e domiciliado na
Rua dos corretores, nº 1048, Bairro Alvorada, nesta
Capital.

OUTORGADOS Dra. DULCEMARY CARDOSO DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o n 306-B, com escritório profissional situado na Rua Dom José Nepote, 1.055, Bairro São Francisco, Boa Vista/RR, CEP 69.305-070, Fone (095) 99119 4878, onde deverão ser entregues as correspondências forenses.

PODERES para FORO EM GERAL confere amplos e gerais poderes, com a Cláusula AD JUDICIA ET EXTRA em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência de pedido renunciar direito a que se funda a ação, desistir, assinar tudo quanto se tornar necessário, praticar e opinar sobre todos os atos do processo, transigindo em juízo ou fora dele, fazer acordos, firmar compromissos judiciais ou extrajudiciais, receber dar quitação, **receber alvará e levantar a importância em nome do outorgante em qualquer agência Bancária referente a presente ação**, bem como os poderes previstos na parte final do arts. 103 e 105 sgtes do CPC, para propor Ação de Indenização do Seguro DPVAT em desfavor da **Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.**

Boa Vista (RR), 25 de novembro de 20 19.

Eudes Sousa de Oliveira
Outorgante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028851/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2019 11:56 Data/Hora Fim: 04/09/2019 12:15
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/09/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/02/2019 15:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Zona Rural
Logradouro: RR - 205
Complemento: Estrada que dá acesso ao Município Alegre
Ponto de Referência: Antes do
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EUDES SOUSA DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Imperatriz	Sexo: Masculino	Nasc: 17/10/1971
Profissão: Militar do Exército	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria de Jesus Sousa	Nome do Pai: Manoel Garcia de Oliveira		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.272.522-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av.: Corretores de Imóveis Nº: 1048
Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99139-3422 (Celular)

02 OUT. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 688.803.837-87	Placa NAT-1625
Renavam 00918200121	Número do Motor M307E-006484
Número do Chassi 9C6KM003070006395	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XT 660R
Modelo YAMAHA/XT 660R	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Eudes Sousa de Oliveira	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 30/09/2019 12:32
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: 028851/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de JOSÉ ALMIR PAULINO DE ARAÚJO. Que ao desviar de um buraco existente na via, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido por populares. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 642000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

30 SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

"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."

02 OUT. 2019



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 30/09/2019 12:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

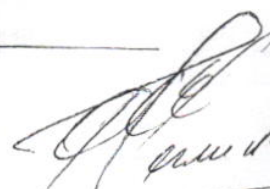
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



1801076605

Facult. que antes
futura supra em
6: pdd + 5: pete
associado a segred de
pela mais em auto. h. a. ⑤
Ben como les extens
per folla ⑤

ao Centro Cury's.


num 1403
a Paulo Lantillo Cf.

02 OUT. 2019

02 OUT. 2019

BLOCO D

alta 25.02.2019



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2319659

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2319659

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
EUDES SOUSA DE OLIVEIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
121380

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20620056911191119

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/10/1979

9 - SEXO

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARIA DE JESUS SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA - DOS CORRETORES DOS IMOVEIS

1048

ALVORADA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura exposta 4° 5° rang
do pé direito + lesão extensa partes
moles anteriores, crúrio e joelho direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tratament. longo

02 OUT. 2019

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura exposta 4° 5° MTFD - lesão partes moles anteriores
e joelho direito

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

041504 00 35 - R02
040805 0462 - S923
V295

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/10/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 TERCERÁRIO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARA DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ DA SEGURADORA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							



BOLETIM OPERATÓRIO

Eudes Sousa De Oliveira

Data: 09/02/19

O.S. _____

02 OUT. 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta 5ª UTE de Joelho CD + Lesão ligo. anteromedial.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Continuação da fratura exposta 5ª UTE de Joelho CD + Lesão ligo. anteromedial.
TIPO DE INTERVENÇÃO: Juntas anteromedial e joelho CD
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: O mesmo
DIA CÍRURGICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Jonathan 1º AUXILIAR: Dr. Pablo R2
2º AUXILIAR: Dr. Delmueli R1 INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEC 14272

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Sepsis e anti-sepsis
- 3) Bloqueios de lampas esterilizados
- 4) Lavagem mecânica e aspiração com aspirador 850-91 e observar-se fratura humeral com fratura de fêmur
- 5) Fixação com fio de kirschner + sutura
- 6) Observar-se lesão extensa no joelho CD com exposição de ligamento anterior, observar-se evasão de ligamento anterior
- 7) Lavagem mecânica e aspiração + sutura de ligamento anterior + sutura de ligamento posterior
- 8) L.H.C. lesão extensa anteriormente com fratura de fêmur + sutura
- 9) Lavagem
- 10) R.P.A.

02 OUT. 2019

Dr. Odinei Oremir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 145412/R



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteomíntese Fratura Exposta de m. p. d.

Data: 09/02/19

Nº. DO PRONTUÁRIO: NT

Paciente: Eudes Souse de Oliveira

Idade: _____

Bloco: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Caixa: _____

Nº

Circulante: Norman / José Soares Sala: 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

01 Fio de Kirschner nº 15

Dr. Odinachi Okemba
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851 RR

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

02 OUT. 2019



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Eudes Sousa de Oliveira
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO _____
RG nº: 185.369
CPF/MF nº: 383.272.522-91
ENDEREÇO: Av. dos Correios Nº 1048 Alvorada

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, 25 / maio de 2019.

+ Eudes Sousa de Oliveira

TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA EM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PREVIDÊNCIA 181.94344.41-2 4425242 0040 RR Eudes souza de Oliveira ASSINATURA DO TITULAR   VALID	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
EUDES SOUSA DE OLIVEIRA FILIAÇÃO: MANOEL GARCIA DE OLIVEIRA MARIA DE JESUS SOUSA SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 17/10/1971 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: IMPERATRIZ - MA DOCUMENTO: C. I. 115369 2008/2006 SESP RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CNPJ: 383.272.522-91 CNH: SEÇÃO: TIT. ELEITOR: ZONA: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 22/08/2013 <i>Eudes Souza de Oliveira</i> ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE FILIAÇÃO _____ PARA _____ DATA DE NASC. DE _____ PARA _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - RESCISÃO D - ADOÇÃO F - MEDIANÇA VOLUNTÁRIA 03	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
.....	

05



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	EMPREGADOR.....
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		COC/CF/CEI.....	
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 679, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		ENDEREÇO.....	
CARTEIRAS ANTERIORES		MUNICÍPIO..... UF.....	
NÚMERO..... SÉRIE..... UF..... DATA DE EMISSÃO.....		ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
DATA DE ANOTAÇÃO..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNDO PESSOAL (EMPREGADOR).....		CARGO.....	
NÚMERO..... SÉRIE..... UF..... DATA DE EMISSÃO.....		CBO N°.....	
DATA DE ANOTAÇÃO..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNDO PESSOAL (EMPREGADOR).....		DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
NÚMERO..... SÉRIE..... UF..... DATA DE EMISSÃO.....		REGISTRO N°..... RES. / FICHA.....	
DATA DE ANOTAÇÃO..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNDO PESSOAL (EMPREGADOR).....		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
NÚMERO..... SÉRIE..... UF..... DATA DE EMISSÃO.....		1ª..... 2ª.....	
DATA DE ANOTAÇÃO..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNDO PESSOAL (EMPREGADOR).....		DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
NÚMERO..... SÉRIE..... UF..... DATA DE EMISSÃO.....		1ª..... 2ª.....	
DATA DE ANOTAÇÃO..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNDO PESSOAL (EMPREGADOR).....		COM. DISPENSA CD N°.....	
06		FGTS N° DA CONTA.....	
		07	



documentação completa.

SINISTRO 3190563185 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUDES SOUSA DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO EUDES SOUSA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 38327252291

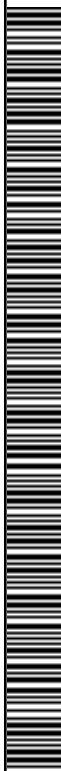
Posição em 19-12-2019 10:15:51

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Ativar o Windows
Acesse Configurações para at...





Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0034351-0

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ené 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

003481642

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\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	338	294,82

EUDES SOUZA DE OLIVEIRA

AV DOS CONRETORES IMOVEIS 1048 ALVORADA

CPF: 00034327252291

CEP: 69.317-180 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.13.068600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DADOS DA LEITURA
Atual:	35826		Atual:
Anterior:	35488		Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:
Consumo Medido:	338		Emissão:
Consumo Faturado:	338	FCAM	Apresentação:
NORMAL			33

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENTIAL	MONO	E2740077	N 1419492	1.1.1.1	451

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
JUL/19 322	CONSUMO 338 A R\$ 0,772737 = 261,18
JUN/19 273	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAI/19 412	
ABR/19 486	
MAR/19 424	
FEV/19 415	
JAN/19 530	
DEZ/18 454	
NOV/18 392	
OUT/18 931	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 338 - 3,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 19/08/2019, não constatamos faturas vencidas
em sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRATAÇÃO	COMPOSIÇÃO DOS TRIBUTOS
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia: 66,40	Alíquota ICMS: 261,18
Transmissão: 140,80	Valor do ICMS: 17,00%
Encargos: 0,00	Valor do PIS: 44,40
Tributos: 7,31	Valor do COFINS: 0,39
ADICIONAIS DE CONTINUIDADE	
1,88	

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,85			5,00			0,26

FLORESTA



Roraima Energia S.A.

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

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

06/2019

TOTAL A PAGAR

294,82

0034351-0

MÊS FATURADO

08/2019

Nº da Nota Fiscal:

06/09/2019

003481642 FCAM

02 OUT. 2019

83640000002 9 94820075000 8 00000000034 9 35100819008 1

