



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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679369

Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILAS MESQUITA NOGUEIRA

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\$ 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: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 0000003320-0

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

PROCURAÇÃO

Eu, SILAS MARQUITA NOGUEIRA,
brasileiro (a), SOLTEIRO, MOTORISTA, portador (a) do RG
nº 242.770, inscrito (a) no CPF sob o nº 795.531.762-91
residente e domiciliado (a) na ET Tamandare, nº
1111, Bairro Zona Rural, Boa Vista-RR, CEP
69.340-000, telefone nº (95) 98409-0723, 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 propor ação judicial de cobrança de
Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 30 de DEZEMBRO de 2019.

SILAS MARQUITA NOGUEIRA
OUTORGANTE

29/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

242770

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/07/2019

NOME

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

FILIAÇÃO

ANTONIO DOS SANTOS NOGUEIRA
MARINETE MESQUITA NOGUEIRA
NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM

CERTID. NASC 42901 FLS 120 LIV A-55

BOA VISTA-RR

795.531.762-91

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO

12/05/1985

AMADEU ROCHA TRIANI

Secretário de Estado

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Silas Mesquita Nogueira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJV8E XAEYA 5APLA T7SLY

1º BPM-RR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 069655

Vtr 656	SUCp 1º BPM	Data 25/05/2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:35	H/Fim 10:22	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -	Km/Ini. 81675	Km/Fin 81689				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

End: Av. Rui Barauna com Av. Parimé Brasil

Bairro: Caraná

Ref: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1	Condutor	Nome: <u>Paulo dos Santos Araújo</u>	Idade: <u>239</u>	E. Civil: <u>União Estável</u>
Endereço: <u>Travessa Raimundo Alves de Souza nº145 Bairro: Jardim Tropical</u>				
Edt. R.G. <u>3506827 RR</u> CNH <u>02252291415</u> Profissão: <u>Motorista</u>				
2	Condutor	Nome: <u>Silas Mesquita Nogueira</u>	Idade: <u>35</u>	E. Civil: <u>União Estável</u>
Endereço: <u>Rua Vega nº169 Bairro: Satélite</u>				
Edt. R.G. <u>242770 RR</u> CNH <u>03541883624</u> Profissão: <u>Motorista</u>				
3	Resp pela Moto	Nome: <u>Elis Regina Vela Coelho</u>	Idade: <u>29</u>	E. Civil: <u>Solteira</u>
Endereço: <u>RUA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA Nº 728 BAIRRO CIDADE SATELITE</u>				
Edt. R.G. <u>3454649 RR</u> CNH <u>04498916660</u> Profissão: <u>Do Lar</u>				

Veículos Envolvidos

Condutor 01: Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXN9150) : Avarias Conforme pericia;
Condutor 02: Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518): Avarias Conforme Pericia.
Obs: O condutor 02 apresenta uma possível fratura na perna direita.

ASSINATURA

CARGO

ACPL

LOCAL

3º DP

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) do 3º DP,

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos materiais no endereço acima citado, no local fomos informados que o Senhor PAULO trafegava na Avenida Parimé Brasil sentido ao Bairro Cidade Satélite conduzindo o Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXW9150) momento em que chegou ao cruzamento com a Avenida Rui Baraúna, reduziu a velocidade em virtude do sinal vermelho, momento em que foi colidido na traseira de seu veículo pelo Senhor SILAS que trafegava na mesma Avenida e Sentido do Senhor PAULO, conduzindo a Motocicleta Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518), o SAMU esteve no local e fez a remoção do Senhor SILAS ao PSE, o mesmo apresentava as lesões aparentes supramencionadas; a perícia esteve no local (Perito Silvio) fazendo o levantamento do acidente e relacionando as avarias dos veículos; que o veículo do item 01 estava em situação administrativa regular e foi liberado no local para o mesmo; que a motocicleta do item 02 estava em situação regular e foi liberada no local para a item 03; que após a perícia a guarnição deslocou até o PSE onde recebeu a informação que o Senhor SILAS havia sido encaminhado ao Centro Cirúrgico daquela Unidade Hospitalar; que diante dos fatos apresento o relatório para as medidas que julgar necessárias.

Handerson Luiz Matos Queiroz

408921

Nº

2ºSGT PM

Posto/Graduação

1º BPM

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0961		SAMU 192			
EQUIPE SAMU BV		UNIDADE: RAVO III		EQUIPE: Fabrana / João					
Paciente: Silas Marques Nogueira		Idade: 33		Sexo: M					
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia []							
Endereço: Rui Barauna / Parine Brasil		Bairro: Caramã							
Nº 8514		DATA 23/05/2019		HORA J/9: 6:59		BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA () () RÁDIO			
Médico (a) Regulador (a): M. Erico		HORA J/10: 7:01				<input checked="" type="checkbox"/> CELULAR			
MOTIVO INICIAL: Colisão				7:28-7:42					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/>		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		Mais de 24 horas () Não sabe ()			
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA									
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros									
ACIDENTE DE TRÂNSITO									
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA			
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input checked="" type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança	
AVALIAÇÃO INICIAL									
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado X <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora			
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	
Início 7:25	110 x 80	95	20	98				13	
Fim 7:42		89	20	98r					
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR			
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta			
						RESPOSTA VERBAL			
						5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta			
						RESPOSTA MOTORA			
						6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA					
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecçiosa		<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		[] Iluso [] Pequena [] Média		<input checked="" type="checkbox"/> Severa [] Óbito					
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) Fernando André Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RN: 10433									
SAMU 192-RV									

PERFECÇÃO DO PACIENTE	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:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Gula de Introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
SRL	500ml	EV	7:25				
				Linvas G-8			
				Linvas P-10			

1 atadura 8cm 4 ataduras 15cm 1 SRL 500
1 compressa 1 Pct gases 1 equipo 1 gelco 18

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Falecido Moto x Caminhão, Masculino 33 anos
encontrado ao solo DHE, responde a solicitação
aparentemente alcoolizado, apresenta possível
fratura de osso nasal, hemorragia, otorragia
Conte em lábio superior, e fratura exposta
MID (fíbula) realizado imobilização conforme
protocolo, imobilização da lesão, acesso venoso
calibroso SRL 500 ml, SSVU monitorados e
estáveis, conduzido ao GT conforme Regulamento
Médico, Trajeto S/A entruque SPO2 98% Fc 89 bpm.

SAMU 192-BV
CONFERE

Buenos

4º DISTRITO POLÍCIAL de BOA VISTA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

BOLETIM Nº 2712/2019	DELEGADO: Douglas Gabriel da Cruz		
DATA: 25/05/2019	ATENDENTE: Alexandra Balico		
HORA: 00:50 min	LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Rui Baraúna c/ Av. Parimé Brasil	DATA: 25/05/2019	HORA: 7h e 30min

DESPACHO

DADOS DO COMUNICANTE			
NOME: ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM		CPF:	RG:
DATA NASC:	End:		
PAI:	MÃE:		
ESCOLARIDADE:	NATURAL:		
SEXO:	IDADE:		
TEL CEL:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	

☐ Arquivar (fato atípico)
☐ Aguardar novos fatos
☐ Intimar o comunicante/vítima
☐ Intimar suspeito
☐ Intimar as partes para TCO
☐ NACION: apresentação
☐ RAÇA: para investigação
☒ Ao
☐ Aguardar o comparecimento da vítima
☐ Decurso do prazo decadencial - Arquivar
☐ Requisitar relatório
☐ Requisitar e juntar laudo
☐ Intimar

22.05.19
Dr. Douglas Gabriel da Cruz
Delegado de Polícia Civil
Mat. 04200194

DADOS DA INFRAÇÃO		
CÓD. INFRAÇÃO	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
	Acidente de trânsito	

HISTÓRICO

O Comunicante acima compareceu nesta delegacia para informar que foram acionados para atender uma ocorrência de Acidente de Trânsito com vítima, onde a motocicleta HONDA BROS NXR 150, cor BRANCA, de PLACA NAY-0518, conduzida por Silas Mesquita Nogueira colidiu com a traseira do caminhão VW /8.120, cor Branca, de PLACA JXN-9150, conduzido por Paulo dos Santos Araújo. Que o Sr. Silas foi removido ao PSE, pois apresentava uma possível fratura na perna direita. Que a perícia esteve no local, e após a realização da mesma, os veículos envolvidos foram liberados aos seus proprietários. É o relato.

Alexandra Balico
Agt. Car. De Polícia Civil

ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM
Comunicante

DAT
Confere com original
Data: 03/10/2019
Assinatura

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000855

4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA/RR

Aguarde-se representação. B.V., 31/05/19
Glauber L

Visited
VH
Tel

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

HGR

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Silas Mesquita

Data: ~~10/05/19~~ / ~~1985~~ O.S. _____

Data: 25/05/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Polifrustração - trauma - hepatomegalia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia de emergência - laparotomia exploratória

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo 1º aUXILIAR: Dr. Wilber CRD

2º AUXILIAR: Sr. Marcelo INSTRUMENTADORA: _____

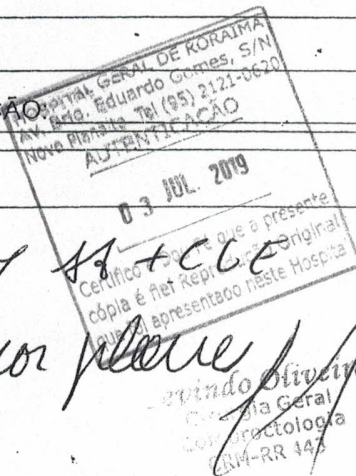
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

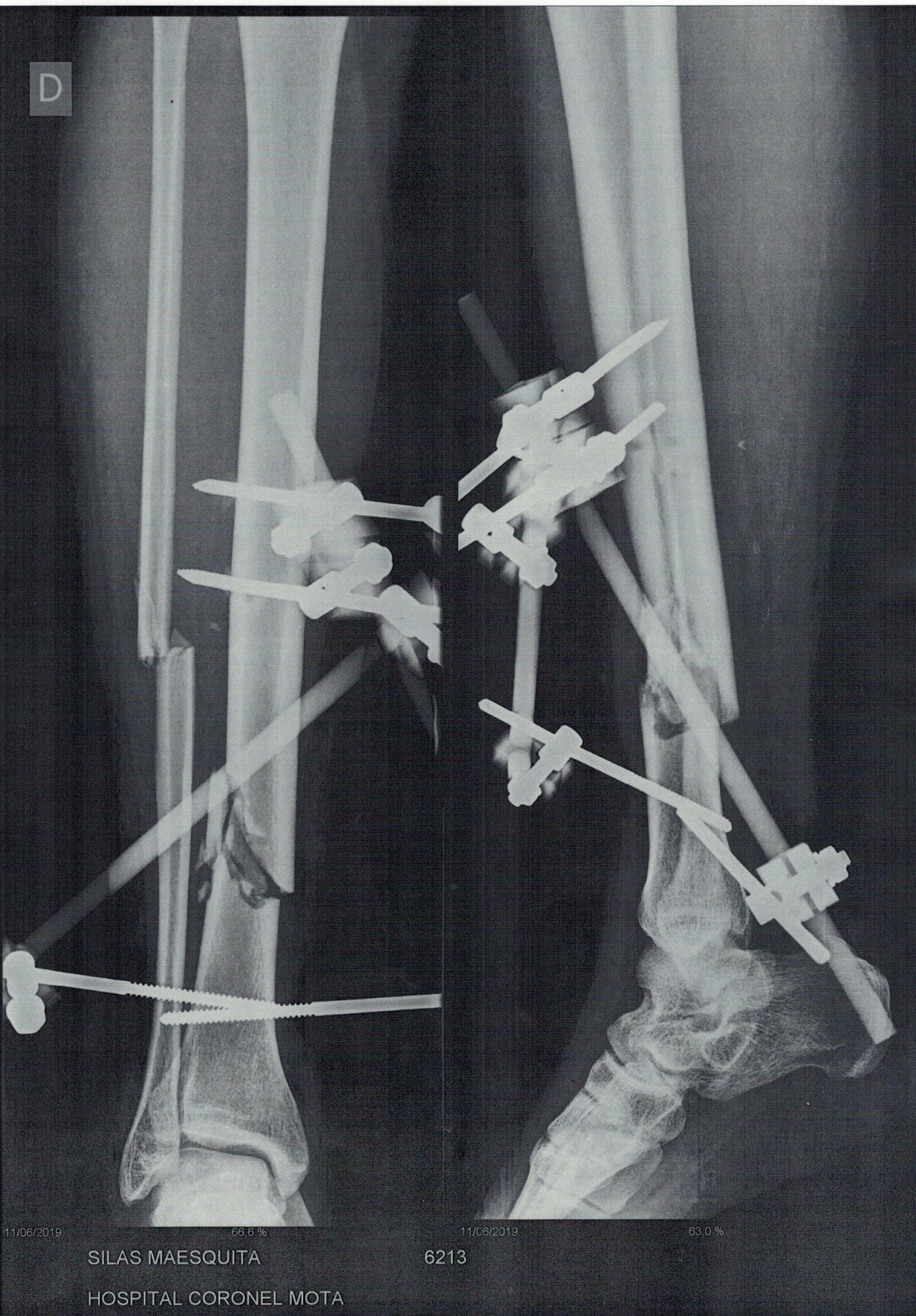
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DST + anestesia geral + SS + CCE
2. Incisão curvilínea + diátese por pele
3. Inventário de coelocóte:
1. presença de mais de 100ml de sangue
 2. identificação de lesões em região em alto grau de risco
 3. compunção do fígado sangramento + colocação de curativo gástrico em região hepática após aspiração de líquido sanguinolento
 4. drenagem de vasos e não identificados lesões





RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0504730-7

WORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Sebastião Dna Carmo, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.981.670/0001-48 | Insc. Estadual: 04.085.523-0
Nota Fiscal: / Centro de Energia Elétrica - Subse-1
Regime Especial de Impostos aceito pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal 4235675

A Tarifa Social de Energia Elétrica - 7500 PLAIN
até Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003 PLAIN

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	01/01/2020	369	213,16

LEONORA SHILLREFF DA SILVA
ET TAMANDARÉ 11/1 - RURAL
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI
CPF: 00064639029268

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 5499	Atual: 11/12/2019	Sigla/Subgrupo: 4.2.2.2
Anterior: 5130	Anterior: 11/12/2019	Class/Subclass: 01046
Dist. de consumo: 369	Próxima leitura: 01/01/2020	Ligação: 011413304
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 11/12/2019	Número Medidor: 7301010021
Consumo medido: 369	Apresentação: 11/12/2019	Forma de Pagamento: 100000
Consumo Faturado: 369		Modelo Medidor:

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 369 KWH @ 0,577693 = 213,16

23/12/19 Pago

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA DE TRIBUTOS:
B A 369 - 0,429500

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Medição	Consumo (KWH)
1	317
2	310
3	304
4	326
5	407
6	412
7	385
8	369
9	569
10	426
11	397
12	369



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - RR		Nº 9759564508	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO					
VIA	01	COD. DE MANUT.	06456/19315	NOME/ENDEREÇO	
MARINETE MESQUITA NOGUEIRA		RUA DOM PEDRO I			
IMPERATRIZ NFD:1334		ALTO ALEGRE-RR 49350000			
CPT/CMPI	164.054.042-34	PLACA	MAY0518		
RORALMA MOUTRES LTDA		CHASSI	9C2CKD0540ER067333		
PLACA ANTERIOR					
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.		COMBUSTÍVEL	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO		ANO FAB.	2014		
HONDA/NXR150 BROS ESD		ANO MOD.	2014		
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	CD. DEDOMINANTE	BRANCA		
2P/0149CC/	PARTICU	OBSERVAÇÕES			
AL.FID., BUELO, Wallyson Barbosa Moura, Diretor de Trânsito, RR					
IR DA AMAZON LTDA DE TRAN. RR					
LOCAL		DATA		22/08/2014	
ALTO ALEGRE-RR					